ROK VII WARSZAWA 1933 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Organoterapja w schorzeniach naczyń obwodowych typu „postępujących angiopatji ischemizujących i zacieśniających"[1])

podał.
Dr. STANISŁAW HIGIER.

(Praca z pogranicza cierpień naczyniowych, neurologji i chirurgji).

I.

Wśród schorzeń obwodowego układu krążenia istnieje grupa, która w ostatnich czasach ześrodkowuje na sobie coraz bardziej uwagę świata lekarskiego ze względu zarówno na swą niezmiernie interesującą, a dotychczas należycie niewyświetloną patogenezę, jak i w związku ze znacznymi trudnościami terapeutycznymi. Do grupy tej należą te przypadki zaburzeń w naczyniach kończyn, które zjawiają się zazwyczaj bez uchwytnej bezpośredniej przyczyny, posiadają charakter postępujący i, co z tego poniekąd wypływa, bardzo bogatą symptomatologję, sprowadzić się jednak dającą do dwuch zespołów: 1) niedokrwienia miejscowego (ischemia) i 2) zaciskania, wzgl. zamykania się[2]) światła naczyniowych (obliteratio); zaburzenia te prowadzą przytem zwykle w końcu do zgorzeli ze wszystkimi jej groźnemi następstwami i powikłaniami.

Powyższe cierpienia, uzależniane dawniej od pierwotnej sprawy zapalnej w

[1]) Praca nagrodzona w tegorocznym konkursie „Wiedzy Lekarskiej".

[2]) Wbrew rozpowszechnionym poglądom, zjawiska zacieśnienia światła naczyniowego i niedokrwienia miejscowego nie znajdują się bynajmniej w prostym wzajemnym stosunku przyczyny i skutku. Zarówno w przypadkach typu Endarteriitis lub Thromboangiitis obliterans, jak i w typowej Chorobie Raynaud'a, dochodzi nieraz do zgorzeli wskutek długotrwałego niedokrwienia miejscowego mimo niezmienione anatomicznie — w sensie zacieśnienia — naczynia tętnicze. Odwrotnie też: zacieśnienie, a nawet zam-

ściance tętnic, nazywano Arteriitis, częściej jeszcze Endarteriitis Obliterans (*Billroth, Erb* i in.); autorzy amerykańscy opisali szereg podobnych przypadków pod nazwą Thromboangiitis Obliterans, uważając, iż odkryli nową jednostkę chorobową, której właściwą przyczyną widzą w zakrzepach zapalnych tętnic i żył; w literaturze lekarskiej figurują takie przypadki również pod nazwą „Zgorzeli samoistnej" — Gangraena juvenilis spontanea (*Oppel, Leriche, Leibovichi*), odpowiedniej właściwie tylko dla końcowego stadjum cierpienia, lub pod mniej jeszcze racjonalnymi nazwami: Dysbasia angiosclerotica, Diathesis angiospastica i t. p.

Zrozumiałą jest tendencja ujmowania tych schorzeń w ramy szersze i stosowania nazw, odpowiadających bardziej całokształtowi spotykanych obrazów i objawów. Do takich należy zaproponowana początkowo przez *Oppel'a* „Arteriosis". Osobiście, zaproponowałbym dla tych zaburzeń, tak długo, dopóki patogeneza ich nie została dostatecznie wyjaśniona, określenie ogólne, a zgodne z podaną tu na początku ich charakterystyką — „Acroangiopathiae ischaemisantes et obliterantes progressivae" (A. I. O.) schorzenia naczyń obwodowych postępujące, ischemizujące i zacieśniające.

Nie wchodząc w dalsze szczegóły etjologji i patologji tych spraw chorobowych, podkreślić trzeba, że równocześnie z rewizją poglądów na ich istotę, zjawiły się też nowe próby leczenia tych, jak dotąd, prognostycznie niepomyślnych i na wszelką terapję opornych cierpień. Do najciekawszych należą bezsprzecznie metody leczenia A. I. O. organoterapją. Jak to zwykle w trudno poddających się leczeniu cierpieniach bywa, proponowano tu najrozmaitsze, niemal wszystkie znane, wyciągi narządowe i wyodrębniane z nich ciała, fizjologicznie lub chemicznie proste. Ostały się z nich tylko niektóre, przyczem sprzeczność zdań co do użyteczności każdego z nich, stawia całą tą metodę właściwie jeszcze poza nawiasem uznanego i ustalonego lecznictwa.

W pracy niniejszej starałem się ustalić skuteczność leczenia organoterapeutycznego w schorzeniach naczyniowych wyodrębnionego tu typu. Posługiwałem się przytem możliwie ścisłymi metodami przy ustalaniu zmian, jakie pod wpływem leczenia zachodzą w ustroju chorego, a szczególnie w zajętych procesem chorobowym odcinkach.

II.

Próby lecznicze przeprowadziłem ogółem u 14 chorych, u których z całą pewnością stwierdzać się dawał opisany typ schorzenia naczyniowego. Ten materjał kazuistyczny rekrutował się głównie z pośród chorych przychodni dla ubogich oraz ambulansu lekarskiego dla bezrobotnych przy Radzie Zawodowej. Chorzy ci, jako ambulatoryjni, reprezentowali w zasadzie lżejsze i średnio ciężkie stadja A. I. O. Należeli oni jednak do warstwy, żyjącej w niedostatku i zwracającej się o pomoc lekarską dopiero wobec wybitniejszych dolegliwości; większość z nich w dotychczasowym przebiegu swego cierpienia nie mogła również zadość czynić wskazaniom hygienicznym, dyjetetycznym i „odpoczynkowym", jakie pacjentom tego rodzaju bywają przez lekarza zalecane.

Pod względem płci, wszystkie przypadki tyczyły się mężczyzn, u których zresztą, jak stwierdzono, schorzenia typu Endarteriitis Obliterans, Thromboangiitis i Gangraena spontanea juvenilis zdarzają się o wiele częściej (96%!), niż u kobiet.

Co się tyczy wieku, najmłodszy z pacjentów liczył lat 23, najstarszy — 51, co jednak, wobec stanu całego układu krążenia u niego oraz dotychczasowego przebiegu cierpienia, nie stwarzało wątpliwości, że zaburzenia mają charakter angiopathji „samoistnej", a nie miażdżycowej.

Pod względem pochodzenia rasowego w 2/3 przypadków miałem do czynienia z semitami (żydzi), a tylko w 1/3 z aryjczy-

---

knięcie światła większych pni naczyniowych może nie prowadzić do niedokrwienia miejscowego, o ile tylko krążenie oboczne zdążyło się należycie rozwinąć. Stąd też i niewspółmierność objawów klinicznych z obrazem anatomo-patologicznym, niewspółmierność, którą niejednokrotnie i w obecnej pracy stwierdzałem. Słuszną więc wydaje się taka charakterystyka omawianych schorzeń, która podkreśla współistnienie zjawiska ischemji (skurczowego czy „anatomicznego" pochodzenia) ze zjawiskami obliteracji (zarówno zakrzepowej, jak proliferacyjnej), a nie ich wzajemną, dotychczas jeszcze nie dającą się ściśle określić, zależność.

kami [1]) (z czego jeden słowak z domieszką krwi cygańskiej).

Co do długotrwałości cierpienia, ustalanego na zasadzie wywiadów, najkrótszą się okazała pięciotygodniowa historja choroby 37 letniego woźnicy (u którego mimo to stwierdzało się znaczne zmiany organiczne); najdłuższy przebieg określany był na lat 9. W czterech przypadkach interwenjował już chirurg, z czego u jednego pacjenta nawet dwukrotnie, raz amputując pojedyńcze palce stopy, drugi raz odejmując stopę.

Określenie skuteczności takiego lub innego leczenia tych chorych oprzeć się starałem przedewszystkiem na objektywnych danych klinicznych. W tym celu ustaliłem pewien schemat badania, którym posiłkuję się w przypadkach A. I. O. Przedstawia się on jak następuje:

A. Badania ogólne.

1. Ogólne badanie internistyczne.

2. Układ krwionośny ośrodkowy: Serce (wielkość, kształt, typ, stosunek do wielkich naczyń, tony, wydolność wysiłkowa i t. d.); Wielkie naczynia.

3. Stan naczyń poza miejscem schorzałym: Większe naczynia (wydatność, szerokość, wypełnienie, przebieg, tkliwość pni, szmery naczyniowe); małe naczynia skóry i śluzówek (zabarwienie skóry i śluzówek, dermografizm, plama biała Hallion'a i Laignel-Lavastine'a, odczyn opaskowy); dno oka; kapillaroskopja.

4. Parcie krwi: Tętnicze (Max. i min. wskaźnik oscyl., chwiejność: w zależności od położenia, wysiłku, bodźców cieplnych (kąpiel ciepła), farmakologicznych (próba yohimbinowa); żylne.

5. Skład i właściwości krwi. Badanie morfologiczne. Czas krwawienia. Opadanie krwinek. Poziom cukru. Zawartość cholesteryny. Zasób zasad i t. d.

6. Układ nerwowy dowolny i roślinny. Stan odruchów. Pasma Head'a. Próby układu weget.

7. Układ wewnątrzwydzielniczy: Stan anatomiczny dostępnych do badania gruczołów wydz. wewn. Próba na adrenalinę.

B. Badanie miejscowe.

1. Stan dużych naczyń: Tętnice (wygląd, przebieg, wypełnienie, tętnienie (szczególnie — A. dors. ped. i A. tibial. post. na kończynach dolnych, a A. radialis na górnych), asymetrje w stosunku do kończyny drugostronnej, tkliwość pni naczyń). Żyły; Naczynia chłonne.

2. Stan mniejszych naczyń i włośniczek.

3. Skóra i jej pochodne. Wygląd skóry (gładkość, łuszczenie, marmurkowatość rowki, zmiany odżywcze); barwa skóry (granice rozmaitego zabarwienia, „signe de chaussete"); zmienność wyglądu i zabarwienia zależnie od: otaczającej ciepłoty, ułożenia kończyny („Erythromelia"), pracy mięśniowej (Objaw Oehler-Goldflama); ciepłota skóry; potliwość; Uwłosienie. Stan paznogci.

4. Tkanka podskórna (zmiany odżywcze, obrzęki i t. p.). Mięśnie (zaniki, siła mięśniowa, pobudliwość, tkliwość). Kości (rentgenogram).

5. Układ nerwowy miejscowy. Odruchy. Zjawiska pilomotoryczne. Porażenia. Zmiany czucia.

6. Parcie krwi i krzywa oscylometryczna na różnych wysokościach [1]). Biała plama Hallion'a.

7. Próby farmakologiczne w ich skutkach miejscowych. Próba wchłaniania.

8. Dermografizm. Próba Moskowicza.

9. Objawy i powikłania osobnicze.

W większości przypadków okazało się

[1]) Utrzymujący się w podręcznikach i w większości monografji pogląd, że Thromboangiitis Obliterans i Gangraena juvenilis są niemal patognomiczne dla żydów, nie potwierdza się według ściślejszych danych statystycznych. Nie ulega wątpliwości, że czynnik rasowo-konstytucyjny odgrywa poważną rolę w powstawaniu cierpień naczyń obwodowych; nie posiada on jednak bynajmniej znaczenia rozstrzygającego. Żadna rasa, jak się zdaje, nie jest zabezpieczona przed tymi schorzeniami. Najbardziej skłonnymi do nich są przedstawiciele rasy żółtej, przedewszystkiem — japończycy (*Koyama, Ito*); po nich dopiero idą żydzi.

[1]) Parcie krwi w chorej kończynie o tyle tylko może być ściśle zmierzone, o ile poniżej miejsca pomiaru istnieje macalny i tętniący pień tętniczy. Pomiary Pachonem, bez sprawdzania ich drogą osłuchową i palpacyjną są w przypadkach A. I. O. niezmiernie złudne. Pozatem Minimum nie daje się najczęściej na chorej kończynie określić. Wskaźnikowi oscylometrycznemu nadać można znaczenie rozpoznawcze jedynie wtedy, gdy krzywa oscylometryczna nie ma charakteru paradoksalnej lub przerywanej i tylko w takim przypadku w pracy niniejszej na nią się powołuję.

niemożliwem przeprowadzenie całokształtu powyższych badań. Zadawalałem się wówczas większością z nich, nie opuszczając jednak nigdy ważniejszych pod względem rozpoznawczym; świadomie nie posiłkowałem się dość rozpowszechnionymi próbami: „lodową“ i „zimnej kąpieli“, gdyż nie są one obojętne dla tego typu pacjentów; z tych samych względów wyłączyłem z badania większości opisanych tu przypadków próby farmakodynamiczne — adrenalinową i ergotaminową.

Badania przeprowadzone zostały z organoterapją czterech rodzajów: opo wzgl. hormonoterapją jajnikową, insulinoterapją, z hormonem N. błędnego (Acetylcholiną) i frakcją pozainsulinową wydzieliny dokrewnej trzustki (Kallikreiną).

W każdym przypadku stwierdzałem przedewszystkiem efekt doraźny pojedyńczej dawki leku, szczególnie na napadowe objawy cierpienia, potem zaś zmiany objektywne i subjektywne przy dłuższym stosowaniu danego leczenia.

III.

Organoterapja jajnikowa w A. I. O.

Używanie organoterapji jajnikowej w cierpieniach typu A. I. O. nasuwa się przedewszystkiem w związku z farmakodymicznymi właściwościami, odpowiednich wyciągów i substancji. Stwierdzono mianowicie doświadczalnie, że wyciągi z jajnika wpływają pobudzająco i regulująco na odruchowości neuro-wegetacyjne, zarówno sympatycznego, jak i parasympatycznego pochodzenia *(Schaffner)*; *Ito* wykazał ich szczególny wpływ na odruchy naczynioruchowe: pozatem wyciągi te okazywać mają działanie rozszerzające, kapillaroskopowo stwierdzone *(Brock)*, na włośniki. Za użyciem organoterapji jajnikowej przemawia również okoliczność natury biologicznej i ogólno-patologicznej, że schorzenia tego typu zjawiają się niemal wyłącznie u mężczyzn, a oszczędzają kobiety. Również i opisane przypadki chromania przestankowego u zwierząt (konie) tyczyły się samców.

Te i innej jeszcze podstawy nasunęły kilka badaczom myśl wypróbowania wyciągów jajnikowych w Endarteriitis obliterans: podawano je bądź w postaci dawniej stosowanych wyciągów całkowitych *(Sicard, Schiff)*, bądź jako hypotetyczny hormon np. Folliculina *(Harvier, Lichtwitz)*. Wyniki dotychczas nie uzgodnione.

W badaniach niniejszych używałem zarówno wyciągów jajnikowych (Extr. Ovar. Choay) doustnie i pozajelitowo, jak i wyodrębnionej Folliculiny w ampułkach. Dawki wynosiły: 4 tabletki po 0,2 lub 1 — 2 ampułek po 0,1 dziennie wyciągu jajnikowego, albo 1 ampułkę 2 ccm. (= 10 jedn. szczur.) follikuliny domięśniowo co drugi dzień.

A) Wyraźnego dodatniego d z i a ł a n i a d o r a ź n e g o nie udało mi się stwierdzić ani razu. Nie ulegały więc poprawie pod wpływem podawanego leku ani zmiany miejscowe na chorych kończynach, ani dolegliwości subjektywne, czy to stałe, czy też napadowe. Wpływ na całość krążenia zaznaczał się zazwyczaj nieznacznym przyśpieszeniem tętna oraz niewielkimi, a mało charakterystycznymi (różnorodnymi) zmianami w parciu krwi. Różnicy pomiędzy efektem pojedyńczego wstrzyknięcia Extr. ovar. a Folliculiną nie dało się zauważyć.

B) Natomiast przy d ł u ż s z y m p o d a w a n i u tych leków zaznaczała się często poprawa. Naogół na 12 systematycznie leczonych w ten sposób pacjentów u 5-u można było stwierdzić objektywne zmiany na lepsze, idące w parze z lepszem samopoczuciem. Skóra chorego odcinka kończyny nabierała bardziej prawidłowego zabarwienia i stawała się nieco cieplejsza; wrażliwość na bodźce cieplne zmniejszała się; skala wysiłku, jaki mógł być wykonany bez spowodowania chromania (Claudicatio intermittens) rozszerzała się. Szczególnie interesujący wydaje się się tu przypadek 37-letniego woźnicy, nałogowego palacza, który przed rozpoczęciem leczenia wykazywał niezwykłą wrażliwość na nikotyne: wystarczało mu wypalić dwa lub trzy papierosy, aby w ciągu kilku lub kilkunastu godzin ulegać napadom chromania przestankowego po wysiłku wielokroć mniejszym, niż zwykle (bo już po przejściu kilkunastu kroków). Chory ten, wbrew zakazowi, palił jednak potajemnie. Otóż, po kilku dniach kuracji „jajnikowej“ zauważył on, że palenie o wiele mniej odbija się u niego na zdolności chodzenia. Stwierdzić to można było również objektywnie (m. in. i próbą Oehler-Goldflama), jakkolwiek skala możliwego wysiłku w dniach abstynencji od ni-

kotyny rozszerzyła się bardzo nieznacznie.

Ta cecha — obniżania się pobudliwości na szkodliwości zzewnątrzpochodne — charakteryzowała może najlepiej rodzaj polepszenia przy omawianym leczeniu.

Wpływu ogólnego na krążenie przy tego rodzaju leczeniu nie udaje się stwierdzić: poza wymienionymi już nieznacznymi odczynami bezpośrednio po pojedyńczej dawce leku, szczególnie wstrzykniętego domięśniowo, żadne zmiany stałe nie przejawiają się. Tyczy się to zarówno przypadków, w których zaznacza się poprawa, jak i opornych na tę terapję.

Polepszenia zasadniczego, długotrwałego, a tembardziej wyleczenia, nie otrzymałem ani razu. Najwybitniejsza poprawa (przyp. Nr. 7), którą dla zilustrowania metody pracy podaje szczegółowo, przedstawiała się, jak następuje:

L. S., lat 32, polak aryjczyk, z zawodu ślusarz, od trzech miesięcy bezrobotny. Chory od 3-ch lat, kiedy to „odmroził" sobie nieznacznie palce lewej stopy. Skóra na tych palcach, z początku zaczerwieniona, nabrała z czasem brudno-sinawego odcienia. Uczucie drętwienia przy chodzeniu, a pieczenia w spokoju, szczególnie w łóżku, potęgowało się z tygodnia na tydzień. Objawy te zniknęły dopiero latem. Zjawiło się natomiast wkrótce typowe chromanie przestankowe, trwające do dnia dzisiejszego, dokuczające choremu najbardziej zeszłej zimy. Wówczas to powstały na lewej stopie u nasad 2-go i 5-go palca nie chcące się goić owrzodzenia. Owrzodzenia te oraz towarzyszące im silne bóle zmusiły chorego do zapisania się na oddział chirurgiczny, gdzie wyleczono go z owrzodzeń i amputowano 4 i 5 palec. Od trzech miesięcy nowe wybitne pogorszenie. Bóle piekące i drętwienie w palcach stopy lewej i na podeszwie; oprócz tego mniejsze bóle w paluchu i stopie kończyny dolnej prawej. Przy chodzeniu chromanie przestankowe, głównie lewostronne. O ile chory zmuszony jest do dłuższego chodzenia, kończyna staje się „bezwładna", skóra na stopie i podudziu blednie, a mrowienie trwa potem jeszcze kilka lub kilkanaście godzin. Za każdym razem po takim wysiłku odczuwa on w nocy nieznośne pieczenie obu stóp, które zmusza go do siadania. W ostatnich dniach do powyższych objawów przyłączyły się jeszcze bóle o charakterze „łamiącym" w stawie kolanowym lewym.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Dur brzuszny w 23 roku życia. Lues negatur. Pali obecnie niewiele; w okresie zjawienia się choroby dość dużo — do 40 papierosów dziennie; pił zawsze niewiele.

Badanie narządów wewnętrznych u chorego wzrostu średniego, budowy astenicznej, odżywiania niezłego — żadnych poważniejszych zmian nie wykazuje. Serce wypukcwo małe, tony czyste. Naczynia, poza kończynami dolnymi, żadnych nieprawidłowości nie wykazują. Tętno szprychowe dobrze napięte, dość miękkie, 80 uderzeń na minutę, z nieznaczną niemiarowością oddechową.

Zabarwienie skóry i śluzówek bez zmian; odczyn dermograficzny — czerwony zjawia się b. szybko, jest wybitny i długotrwały; plama biała Hallion'a na grzbiecie dłoni o trwaniu wydłużonem. Odczyn opaskowy ujemny. Badanie dna ocznego zmian nie wykazuje.

Parcie krwi (opasanie ramion): 160/100 z prawej, a 155/105 z lewej strony. Wskaźnik osc. obustronnie równy = 7 — 8. Po kąpieli ciepłej (37°) p. k. 150/75 z prawej i 150/75 z lewej; wsk. osc. = 8 — 10.

We krwi nieznaczna polyglobulia (7.200.000) przy wskaźniku barw. 0,65; neutrofiloza (c. b. 6.800, z czego 87% neutrofilów). Poziom cukru i zawartość cholesteryny we krwi w granicach normy.

W zakresie piramidowego układu nerwowego żadnych zaburzeń stałych nie stwierdza się; natomiast podczas napadu chromania i bólów po wysiłku, zarówno odruch kolanowy, jak i Achillesa z kończyny chorej wyraźnie słabszy, niż po stronie prawej. Odruch Aschnera wypada wybitnie dodatnio (16). Próby ortostatyczna i klinostatyczna wypadają niemal ujemnie.

Badanie kończyn dolnych anomalji w budowie anatomicznej nie wykazuje. Wielkie naczynia przebiegają prawidłowo, tkliwości pni naczyniowych nie stwierdza się.

Na kończynie dolnej lewej ani A. dors. pedis ani A. tibial. post. nie tętnią. (kąpiel ciepła bez wpływu). Na kończynie dolnej prawej A. tibial. post. tętni stale; tętnienie A. dors. ped. wyczuwa się słabo i tylko czasami.

Skóra obustronnie gładka, nie łuszczy się; w okolicy objętych palców, a także po-

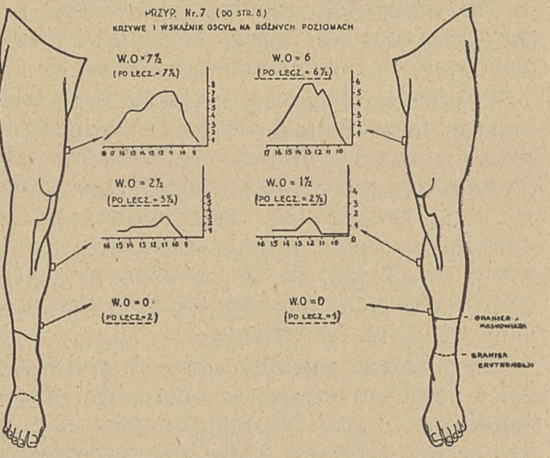
środku śródstopia lewego bliznowato zgrubiała. Po tejże stronie barwa skóry na stopie wybitnie zmieniona — sinawo-czerwona, w okolicy kostek marmurowata, powyżej nieco zaróżowiona, a od połowy łydki w górę blada i znów marmurkowata. Przy zwisaniu kończyny ku dołowi zjawia się erythromelia, kończąca się nieco ponad kostkami. Objaw Oehler-Goldflama występuje przy uniesieniu kończyny do góry, czasem po kilkunastu, a czasem dopiero po kilkudziesięciu ruchach czynnych stopy. Stopa wyraźnie chłodna (ciepłomierzem skórnym nie badana), podudzie w dolnej połowie również. Próba dermograficzna wykazuje urywanie się linji czerwonej o 2 — 3 cm. ponad kostką.

Po stronie prawej barwa skóry na paluchu i palcu 2 wyraźnie sina, przy ruchach nabiera odcienia woskowo-białego, na stopie i reszcie palców — czerwono-sina, na podudziu blada, miejscami marmurkowata. Przy zwisaniu stopy — eryt romelia do połowy stopy. Objaw Oehler-Goldflama w paśmie, wykazującym erythromelję występuje nawet szybciej, niż po stronie lewej, jednak na mniejszej przestrzeni.

Uwłosienie na podudziu obustronnie prawidłowe; wszystkie paznokcie zgrubiałe, brudno-sine, o powierzchni nierównej; na paluchu prawym paznokieć ledwo trzyma się w łożysku.

Zanik tkanki podskórnej obustronnie. Zanik mięśni, wybitniejszy na łydce lewej (3 cm. różnicy w obwodzie na środku podudzia). Czucie powierzchniowe na zasinionych odcinkach obniżone, gdzieindziej — prawidłowe.

Krzywe oscylometryczne (załączone) wykazują niedrożność dużych pni, począwszy od środka podudzia obustronnie. Po wysiłku fizycznym i podczas napadu chromania granica górna braku oscylacji wznosi się po stronie lewej jeszcze wyżej, aż ponad kolano, po stronie prawej zmian nie wykazuje. Pod wpływem kąpieli ciepłej krzywa osc. wyraźnie się poprawia w górnej połowie podudzi, a wahania zjawiają się w niewielkim odcinku poniżej wskazanej granicy, co dowodzić może, że niedrożność nie jest całkowicie pochodzenia anatomicznego (zarastającego lub zakrzepowego), ale że i czynnik skurczowy odgrywa tu pewną rolę. Objaw Moskowicza nie przekracza jednak nigdzie dolnej trzeciej podudzi (p. załączony schemat).



Obraz powyższy mówi sam za siebie, nie pozostawiając wątpliwości, że mamy tu do czynienia z A. I. O. w okresie, gdy odpowiednie zmiany chorobowe zajmują już znaczną przestrzeń, a martwica rozszerzyć się może w każdej chwili.

Choremu zalecono przebywanie w łóżku, ograniczenie chodzenia do minimum, unikanie wybitniejszych bodźców cieplnych i wilgoci, całkowite wyrzeczenie się papierosów oraz zapisano dwuwęglan i cytrynian sodu (łyżeczkami) i antineuralgicum na wypadek silnych bólów.

Rozpoczęto jednocześnie **wstrzykiwanie wyciągu jajnikowego**. Począwszy od piątego dnia kuracji chory odczuwać zaczął poprawę subjektywną, szczególnie co się tyczy bólów i drętwień. Po 18 wstrzyknięciach badanie przedstawia się, jak następuje: Bólów w stopach prawie, że niema; pozostało jedynie pieczenie w paluchu stopy i na podeszwie stopy lewej, o ile ją zbyt „zagrzeje". Chory przyjeżdża do lekarza tramwajem, przechodząc pieszo od stacji tramwajowej przeszło 200 kroków bez śladów chromania. Tętnienie w A. dors. ped. wyraźniejsze. Wygląd obu kończyn zmienił się znacznie: po stronie prawej, prócz zasinienia palucha i erytromelji połowy stopy słabszego stopnia, żadnych anomalji w zabarwieniu się nie spostrzega; po stronie lewej — zaczerwienienie erythromeliczne wyraźniejsze, niż po stronie prawej i wznoszące się nieco na podudzie. Objawu Oehler-Goldflama wywołać się nie uda-

je. Wystąpiła też obustronnie wyraźna siatka żył podskórnych.

Oscylometryczne zmiany są o wiele mniejsze, jednakże po stronie prawej zjawiły się wyraźne wahania w dolnej części podudzia, a z obu stron poprawiła się krzywa oscylometryczna.

Powyższą poprawę obserwowałem jeszcze w ciągu następnych trzech miesięcy (zimowych!), gdyż już chory żadnej kuracji nie prowadził. Ostatnio nastąpiło jednak nowe pogorszenie i obecnie chory leczony jest t. zw. kuracją mieszaną.

Inne przypadki A. I. O. traktowane preparatami jajnikowymi tak wyraźnej poprawy nie dawały. W żadnym jednak przypadku nie stwierdzało się ujemnego wpływu tego leczenia na przebieg cierpienia.

Wniosek ogólny: Organoterapja jajnikowa doraźnego działania na dolegliwości i zjawiska napadowe w A. I. O. nie wykazuje; przy dłuższym stosowaniu prowadzi w pewnej części przypadków do przelotnej lub trwalszej poprawy, zarówno pod względem podmiotowym, jak i przedmiotowym oraz zmniejsza wrażliwość na momenty szkodliwe zewnątrzpochodne.

IV.

Insulinoterapja w A. I. O.

Za stosowaniem insuliny w cierpieniach naczyń obwodowych przemawiają następujące z jej właściwości farmakodynamicznych: 1) jej działanie hypoglikemiczne, pożądane szczególnie w tych przypadkach, w których stwierdza się wzniesienie poziomu cukru we krwi; 2) jej działanie odżywcze w związku z przyśpieszeniem przemiany komórkowej „resztkowej"; 3) wpływ regulacyjny na przemianę cholesteryny w ustroju *(Ambard, Vacquez, Kędzierski)*, w przypadkach angiopatji samoistnych często wyraźnie zaburzonej (najczęściej w kierunku hypercholesterynemji); 4) działanie neutralizujące chemicznie i fizjologicznie adrenalinę i pokrewne jej substancje naczyniozwężające. Z przesłanek patologji doświadczalnej przybywa tu jeszcze zdolność insuliny zmniejszania przewodnictwa bólowego *(Lafora)* i wogóle objawów bólowych, tak odpornych w tym cierpieniu na środki przeciwbólowe banalne.

Praktycznie używana była insulina w lecznictwie postępujących cierpień naczyniowych i stanów pokrewnych przez cały szereg autorów *(Ambard, Boyer, Schmidt, Marchac, Kołodziejski)*, z wynikami naogół dobrymi, u nas w Polsce przez niektórych *(Muszkatenblit)* ocenianymi wprost entuzjastycznie.

W badaniach moich używałem insuliny P. Z. H. Dawka pojedyńcza wynosiła od 5 — 15 jednostek i była podawana 1 — 2 razy dziennie.

A) Doraźny efekt dodatni w stosunku do objawów napadowych otrzymałem w 2-ch przypadkach, w jednym wielokrotnie, w drugim tylko raz jeden. Poprawa występowała mniej więcej w 15 — 50 minut po dokonaniu zastrzyku i tyczyła się dolegliwości subjektywnych, wyglądu i ukrwienia schorzałych odcinków oraz stanu całego układu krążenia obwodowego, co wyrażało się w zmianach tętna i parcia krwi. Te ostatnie zmiany występowały jednakowoż i w przypadkach, w których po wstrzyknięciu insuliny żadnej poprawy nie było, tak, że trudno jest mówić o stałym stosunku przyczynowym pomiędzy zmianami zachodzącymi w całym krążeniu obwodowem pod wpływem insuliny a zmianami miejscowymi w chorych odcinkach. Tak np. najwybitniejszy efekt ogólny po wstrzyknięciu 10 jednostek insuliny otrzymałem u 42-letniego pacjenta z objawami A. I. O. od lat 4-ch: w pół godziny po wstrzyknięciu tętno przyśpieszyło się u niego na 104 uderzenia, parcie krwi (mierzone na zdrowej kończynie) obniżyło się ze 195/140 na 175/130, natomiast żadnego skutku dodatniego w obrębie chorej kończyny ani objektywnie, ani subjektywnie stwierdzić się nie dało.

B) Przy dłuższym podawaniu insuliny poprawę otrzymałem częściej, bo w 4-ch przypadkach na 11. Polepszenie tyczyło się najwyraźniej zmian odżywczych; poprawa w sensie lepszego ukrwienia całych odcinków lub udrożnienia naczyń zdawała się bardziej problematyczna. Wpływ na krążenie ogólne naogół nieznaczny, wyrażał się

zwykle lekkim obniżeniem Max. parcia przy zwiększeniu się o 1 — 1,5 wskaźnika oscylometrycznego.

Najwybitniejsza poprawa nastąpiła w przyp. Nr. 3, tyczącego się 39-letniego, literata. żyda.

Chory ten cierpi na objawy naczyniowe od lat 4-ch, początkowo w postaci częstych drętwień i mrowień w stopach i lewej dłoni. Napady drętwienia zjawiają się u niego co kilka lub kilkanaście dni, czasem bez przyczyny, częściej wskutek wysiłku fizycznego lub nawet złego ułożenia kończyny i trwają kilka do kilkunastu godzin, ostatnio z silnymi bólami. Od roku źle gojące się owrzodzenia na stopach. Siła schorzałych kończyn obniżyła się bardzo znacznie. Uchwytnych powodów cierpienia w wywiadach nie odnajduje się.

Badanie ogólne, poza niewielką wężykowatością tętnic na skroniach i lekkim wzniesieniem poziomu cholesteryny we krwi (0,20%), innych zmian nie wykazuje.

Poziom cukru we krwi prawidłowy. (Krzywa cukru nie badana).

Badania miejscowe wykazują największe zmiany chorobowe w kończynie dolnej lewej, a mianowicie: brak tętna w tętnicy grzbietowej i piszczelowej, tkliwość pnia naczyniowego w dole podkolanowym, silne uwydatnienie się podskórnej sieci żylnej, owrzodzenia na podeszwie, zasinioną i bliznowato zmienioną skórę stopy, erytromelję sięgającą ponad kostki, zmiany odżywcze w paznogciach, zanik mięśni i tkanki podskórnej, objaw Oehler-Goldflama.

Parcie krwi: w górnej połowie uda 120/90, osc. 3½,dtto w dolnej; na podudziu parcia krwi obliczyć nie można, wsk. osc. w górnej połowie 2½, w dolnej oscyllacje nie przewyższają ½, czasami zaś znikają zupełnie. Po kąpieli ciepłej: udo górna połowa 125/90, wsk. osc. 4; dolna połowa 120/80, w. o. 4½, podudzie górn. poł. w. o. 2½, dolna ½ — 1½; podobne zmiany po yohimbinie (p. schemat).

Nieco mniejsze zmiany w unaczynieniu kończyny dolnej prawej i górnej lewej.

Podczas napadów wybitne nasilanie się wszystkich opisanych objawów i zmian patologicznych.

Choremu zaczęto wstrzykiwać insulinę początkowo po 5 jednostek dziennie, a gdy mimo to objawy napadowe występowały w dalszym ciągu, 2 razy dziennie po 7 — 10 jednostek. Wyraźna poprawa zarówno pod względem stałych objawów, jak i w postaci zniknięcia „napadów“. Po 36 wstrzyknięciach stan podmiotowo o wiele lepszy; drętwienia samoistne zniknęły zupełnie. wysiłek fizyczny, oziębienie lub niewygodna pozycja wywołują mrowienie o wiele później, słabszego stopnia i bardziej krótkotrwałe, niż dawniej. Wygląd chorych kończyn o wiele lepszy: m. in. zagoiło się najdłużej trwające owrzodzenie. Zmiany w parciu krwi o charakterze niewielkiego rozszerzania się skali, a mianowicie w górnej połowie uda l. 125/85; w dolnej 120/70. Wskaźnik oscylometryczny wszędzie wzrósł, co zaznaczyło się szczególnie w dolnej połowie podudzia, gdzie ustalił się na 2. (p. schemat). Kąpiel ciepła zwiększa jeszcze Wsk. osc. Natomiast tętnienia w tętnicach stopy nie wyczuwa się w dalszym ciągu.

Po odstawieniu insuliny poprawa utrzymuje się bez zmian jeszcze przez dwa tygodnie, a po słabym napadzie wznowiona kuracja słabsza (insulina co drugi lub trzeci dzień) utrzymuje chorego w stanie niezłym przez czas dłuższy.

Powyższy przypadek, jak również trzy inne[1]), reagujące mniejszą poprawą na insulinę prowadzą do wniosku: *insulinoterapja może być stosowana w A. I. O. zarówno doraźnie, wobec dolegliwości charakteru napadowego, jak i systematycznie, prowadząc nieraz do mniej lub bardziej wyraźnej i stałej poprawy; jej dodatni wpływ zauważyć się daje w stosunku do zmian odżywczych, jak również i objawów skurczowych.*

V.

Leczenie acetylcholiną A. I. O.

Acetylcholina, uważana przez wielu za swoisty hormon nerwu błędnego, ściślej zaś mówiąc — układu przywspółczulnego, wprowadzona została do lecznictwa właśnie jako specyfik w schorzeniach naczyń

[1]) Wszystkie bez objawów cukrzycy wzgl. hyperglycemji.

obwodowych, przebiegających równocześnie ze skurczami i zaciśnieniem światła naczyniowego. Jako substancja, tonizująca układ parasympatyczny, ma ona działać antagonistycznie w stosunku do sympatycznie unerwianych aparatów naczyniozwężających; szczególnie rozszerzać ma ona drobniejsze naczynia obwodowe *(Villaret, Hunter)* oraz V. vasorum. Ma ona przytem normować odruchy wegatatywne przez t. zw. działanie „tonogenne" na włókna mięśni gładkich *(Giani)*; obniżać, wreszcie, zbyt wysoki poziom cukru we krwi *(Labbé)*.

Dobre wyniki leczenia otrzymywali z acetylcholiną podawaną w A. I. O. i cierpieniach pokrewnych liczni badacze francuscy i włoscy z jej wynalazcami *Villaret'em* i *Justin-Besancon'em* na czele; ci ostatni, jak również i *Leibovichi* używają acetylcholinę nawet dla celów djagnostyki różniczkowej pomiędzy zacieśnieniem a całkowitym zamknięciem świateł naczyniowych. W Polsce działanie acetylcholiny przebadane było na większym materjale klinicznym przez *Feliksa* i *Tochowicza*.

Podawałem acetylcholinę w postaci wstrzykiwań podskórnych lub domięśniowych z przygotowanych ex tempore roztworów w glukozie „Acécoline" Chevretin-Lematte'a, w dawkach 0,10 lub 0,20 raz dziennie.

A) D o r a ź n y s k u t e k l e c z n i c z y p o j e d y ń c z e g o z a s t r z y k u a c e t y l c h o l i n y stwierdzić mogłem w 2-ch przypadkach, z czego w jednym bardzo wyraźny i kilkakrotnie potwierdzany. Przypadek ten tyczył się 27-letniego robotnika kamieniarskiego (przypadek Nr. 12) z objawami A. I. O. w prawej kończynie dolnej z napadowymi pogorszeniami i chromaniem przestankowem od roku; wstrzyknięcie acécoliny spowodowało u niego zmniejszenie się bólów, zaróżowienie się części stopy i podudzia, opóźnianie się objawu Oehler-Goldflama, zjawienie się tętna w A. tibial. post., stale nie tętniącej, jak również doprowadziło do wyraźnych zmian sfigmo i oscyllometrycznych. A mianowicie: na udzie pr. parcie krwi ze 154/125 spadło na 130/90 na podudziu (pośrodku) wsk. osc. z nieprzenoszącego I, chwilami zaś znikającego całkowicie, wzrósł do 2 — 2 i ½; równocześnie zaś parcie krwi (mierzone na zdrowej kończynie ramieniu) spadło ze 155/130 na 140/115 przy niezmienionym wskaźniku. Żadnych przykrych następstw po zastrzyku nie stwierdzało się.

Natomiast w innym przypadku, opisanym tu już na str. 10 (przyp. Nr. 3), wstrzyknięcie acecoliny, szczególnie w okresie napadowego pogorszenia, dawało również poprawę w objawach miejscowych, nie mniejszą niż insulina; poprawie tej towarzyszyły jednak przykre dolegliwości subjektywne: ból i zawrót głowy, mdłości, niepokój i niemiarowość akcji serca.

Sądząc ze wszystkich prób wstrzykiwania acecoliny w badanych przypadkach ogólny wpływ tego leku na krążenie w całym ustroju nie stoi w żadnym związku z jego wpływem dodatnim na zjawiska miejscowe o charakterze napadowym.

B) Przy d ł u ż s z y m s t o s o w a n i u a c é c o l i n y nie spostrzegłem trwalszej poprawy klinicznej ani razu. Natomiast, nie mówiąc już o opisanym pacjencie źle reagującym na pojedyńczy zastrzyk, znaleźli się i dwaj inni jeszcze, u których przykre objawy występować zaczęły dopiero po kilku wzgl. kilkunastu dniach kuracji.

Pod względem objektywnym systematyczne podawanie acécoliny prowadzi najczęściej do niewielkiego obniżenia ogólnego parcia krwi. W zakresie schorzałych odcinków wpływ systematycznej kuracji acecoliną przejawiał się minimalnie w danych sfigmo i oscyllometrycznych; przytem tam, gdzie efekt ten zdawał się zapowiadać polepszenie w stanie krążenia miejscowego, nie szedł on jednak w parze z poprawą kliniczną i subjektywną.

Wniosek ogólny co do leczniczej wartości acetylcholiny w A. I. O. brzmieć więc musi następująco: a c e t y l c h o l i n a, działając rozszerzająco na naczynia obwodowe i powodując w większości przypadków pewne obniżenie parcia krwi, p r z y n i e ś ć m o ż e u l g ę d o r a ź n ą w n i e k t ó r y c h p r z y p a d k a c h A. I. O., s z c z e g ó l n i e p r z e b i e g a j ą c y c h z n a p a d a m i „naczyniowymi". Stosowana systematycznie wyników dodatnich naogół nie daje.

VI.

Działanie lecznicze Kallikreiny w A. I. O.

Kallikreina, wydobywana z trzustki, jako niezależna od insuliny frakcja jej wydzielania wewnętrznego zwana jest również „hormonem krążenie” *(Frey)*. Działa ona farmakodynamicznie w sposób podobny do acetylcholiny, nie osłabiając jednak mechanizmów „pressorycznych”, wybitniej natomiast przesuwając masę krwi z basenu trzewnego na obwód.

Dobre wyniki kliniczne w cierpieniach naczyń obwodowych dała ona szeregowi autorów niemieckich; bardzo zbliżony do niej „Angioxyl” chwalony jest znów przez poważnych badaczy francuskich. U nas dodatni wpływ jego stwierdzili na większym materjale *Felix i Tochowicz.*

Podawałem Kallikreinę w postaci 1 cm. ampułek „Padutiny” Bayera, dawkując po 1 — 2 ampułek jednorazowo codziennie lub co drugi dzień.

A) Doraźny wpływ leczniczy kallikreiny otrzymałem w 2-ch przypadkach na 6, z których jeden reagował również nieźle na acetylcholinę, drugi jednak był bardzo oporny na wszelkie próby objawowego leczenia. Poprawa tyczyła się głównie lepszego wyglądu i objetywnie lepszego ukrwienia chorych kończyn; zmniejszanie się dolegliwości podmiotowych następowało, co warto zaznaczyć, dopiero w pewien czas po ustaleniu się powyższych zmian objektywnych. Pozatem charakterystycznym rysem doraźnego działania kallikreiny jest dość wyraźny wzrost wskaźnika oscyllometrycznego, zarówno na zdrowych kończynach, jak i na odcinkach schorzałych. Najwyraźniej przejawiło się to w przypadku (Nr. 9) 51-letniego kupca, żyda od kilku lat cierpiącego na typową A. I. O. z dość wysokim parciem i napadami chromania przestankowego, po których często pozostawała kilkugodzinna wybitna ischemia kończyn dolnych. Po wstrzyknięciu „Padutiny” (1,5 ccm.) parcie krwi na kończynie górnej (zdrowej) spadło z $^{190}/_{150}$ na $^{175}/_{120}$, wsk. osc. z 1 i ½ na 5 (!); na podudziu wsk. osc. z ½ na 3 i ½. Powyższe zmiany, rejestrowane w ½ godziny do 1 godziny po wstrzyknięciu, nie szły w parze z wyraźniejszym polepszeniem subjektywnym, które zaznaczać się zaczęło dopiero po kilku godzinach.

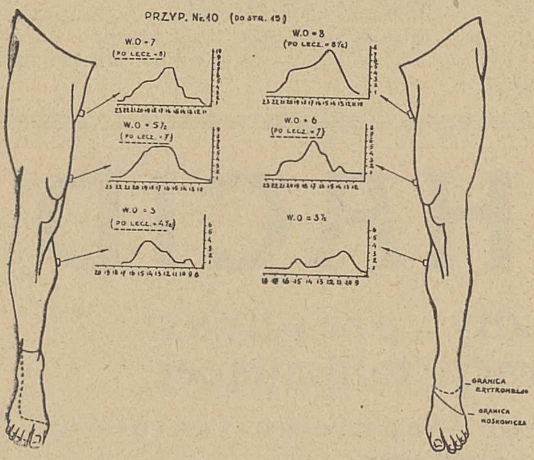
B) Dłuższe stosowanie kallikreiny sprowadziło poprawę w 3-ch przypadkach. Poprawa miała charakter ogólny, zarówno zmniejszając wrażliwość osobniczą na bodźce szkodliwe zewnętrzne, jak i zmieniając na lepsze wygląd kończyny; w jednym przypadku po kuracji kallikreiną powróciło tętno tętnicy grzbietowej, w której nie wyczuwało się ono już od dłuższego czasu.

Wpływ stałego podawania Kallikreiny na parcie krwi w całym ustroju zaznacza się o wiele słabiej, aniżeli jej skutek doraźny; można było wręcz stwierdzić, że każde następne wstrzyknięcie powoduje mniej intensywny odczyn, niż poprzednie. Pozatem, jeżeli wolno z tak niewielkiego materjału kazuistycznego wysnuć wnioski ogólniejsze, wydaje się, że na kallikreinę dobrze reagują przedewszystkiem przypadki, idące z hypertensją. Tak np. najlepiej na kallikreinę zareagował przyp. Nr. 10, u którego analogicznie do Nr. 9, istniała wyraźna hypertensja.

Chory lat 42, żyd, agent handlowy, cierpi na zaburzenia naczyniowe od lat 3. Charakterystyczne jest tu współistnienie schorzenia żył, przebiegające przez pewien czas w postaci ostrego wzgl. podostrego Thrombophlebitis. Napady chromania przestankowego. Silne pieczenie i bóle przy rozgrzaniu stóp. Objektywnie znaczniejsze zmiany w ukrwieniu i odżywieniu obu stóp, znaczniej po stronie prawej. Lekkie zajęcie sprawą chorobową i ręki prawej. Wydłużony odczyn Hallion'a przy braku dermografizmu w bardziej zajętych odcinkach. Wyraźnie dodatnia próba yohimbinowa. Wzmożone parcie krwi (p. dalej) wszędzie, obniżenie się i niestałość wskaźnika osc. na podudziach.

Po 15 wstrzyknięciach Kallikreiny po jednej ampułce codziennie stan subjektywnie i objektywnie o wiele lepszy, a mianowicie: zupełne ustąpienie drętwień i bólów w dłoni, zmniejszenie objawów bólowych i parestezji w kk. doln., prawidłowszy wygląd skóry na stopie lewej oraz zblednięcie erythromelji. Równocześnie obniżenie się parcia krwi: na kończynie zdrowej mniej wybitne — z $^{195}/_{140}$ na $^{180}/_{120}$; — na najbardziej zajętej wyraźne — z $^{210}/_{135}$ na $^{180}/_{120}$. Wzrost wsk. osc.

znamionujący wyraźną poprawę krążenia w zajętych odcinkach (p. schemat).



Inne przypadki reagowały na to leczenie o wiele słabiej.

Wniosek ogólny co do leczniczego wpływu Kallikreiny brzmi więc: Kallikreina przejawia w pewnych przypadkach A. I. O. dodatni wpływ doraźny, szczególnie, gdy nie doszło jeszcze do całkowitego zamknięcia światła naczyniowego; przy stosowaniu systematycznym powoduje w części przypadków podmiotową i przedmiotową poprawę, idącą zazwyczaj w parze ze zmianami w parciu miejscowem.

VII.

Jeżeli teraz postaramy się syntetycznie ująć wyniki opisanych tu prób leczenia organoterapją schorzeń naczyniowych typu A. I. O., to streścić się one dadzą w następujący sposób:

A) W grupie schorzeń typu: „postępujących angiopatji ischemizujących i zacieśniających" organoterapja zaliczona być dzisiaj musi do ważniejszych i skuteczniejszych metod leczenia.

B) Z pośród czterech, wypróbowanych w 14 przypadkach A. I. O. środków organoterapeutycznych, wszystkie okazały się skuteczne u pewnej części chorych; przyczem acetylcholina zaznaczyła swą wartość w pierwszym rzędzie jako środek doraźny, inne raczej przy podawaniu systematycznym. Na zasadzie powyższego, liczbowo niewielkiego, materjału kazuistycznego nie udało się wykazać, aby jedne z wymienionych środków działały w pewnych typach schorzeń, a inne w innych; conajwyżej mówić można o skuteczności insuliny w przypadkach predominowania zmian odżywczych w skórze, a kallikreiny w przypadkach idących ze wzmożeniem parcia krwi.

3) Istnieją przypadki A. I. O. oporne na leczenie każdym ze stosowanych tu środków (w stosunku do ich zwykłego dawkowania), co zdaje się nie zależy od ciężkości tych przypadków.

4) Użyte tu środki oddziaływały dość wyraźnie na stan czynnościowy obwodowego (a może i ośrodkowego) układu krążenia. Ponieważ jednak wydatność tych zmian nie szła naogół w parze z poprawą kliniczną, nie można wpływu leczniczego organoterapji w A. I. O. przypisywać jedynie jej działaniu na układ krążenia.

Na zakończenie podziękować pragnę PP. Dr. dr. Kołodziejskiemu, Landauowi i Galinowskiemu za łaskawą pomoc w przeprowadzonych badaniach.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Baecke*. Maladie de Buerger traité p. l'opothérapie. Brux. méd. 1927. 2. *Bock*. Periph. Gefässystem u. s. Beeinfluss. d. Organoprep. Ztschr. f. d. ges. exp. Méd. 1927. 3. *Buerger*. Circulatory Disturbances o. f. Extremities. Philadelphia 1924. 4. *Dell Acqua*. Beeinfluss. d. Hautkapill. d. Hormonpräp. Kl. Woch. 1928. 5. *Elmer i Kędzierski*. Przyp. chrom. przest. P. G. Lek. 1926. 6. *Frey* i *Graut*. Ztschr. f. phys. Chemie 1926. 7. *Gianni*. L'acetilcholina. 8. Goldburt. Thromboangiitis obliter. Wiedza Lek. 1931. 9. *Guillaume*. Quelques consid. s. le traitem. des arter. obl. Bull. méd. 1926. 10. *Guillaume*. Maladie d. Buerger. Bull. d. soc. d. Hop. 1927. 11. *Guillaume*. Ess. d. morph. d. petits vaiss. Bull. méd. 1930. 12. *Harvier i Lichtwitz*. Traitement p. l. folliculine. Paris méd. 1929. 13. *Higier*. Czy istn. chor. Buergera. Warsz. czas. Lek. 1930. 14. *Januszkiewicz*. Nadciśnięcie tętn. P. Arch. med. wewn. 1929. 15. *Jurkowski*. Cholina i jej zastos. w med. P. Arch. M. W. 1930. 16. *Koyano*. Clin. stud. o. 120 cases T. O. A. O. 17. *Labbé*. Trait. d. gangraene diabet. Presse méd. 1931. 18. *Laignel-Lavastine*. Cert. gangraenes. Bull. méd. 1924. 19. *Landsberg*. Własn. trof. wyciąg. trzustki. Warsz. Czas. Lek. 1930. 20. *Langeron*. Les oblit. arter. d. membres. Paris 1930. 21. *Leschke*. Erfahr. m. d. Kreislaufhormon. Münch. med. Woch. 1931. 22. *Letulle, Marchac* i *Boyer*. La maladie de B. Presse méd. 1928. 23. *Mori* i *Reiss*. Ovariaihormon u. Blutcholest. Endokrinol. 1928. 24. *Nordman*. Behandl. d. Thromb. d. Kreislaufhormon. Dtsch. Zt. f. Chirurgie. 1930. 25. *Oppel*. Gangr. arteriot. supraren. Wiestn. Chirurg. 1922.

26. *Schramm.* Ueb. I Fall v. E. O. geh. d. Kallikrein. Med. Klin. 1930. 27. *Schlesinger.* Progn. u. Ther. d. Interm. Hinkens. Med. Klin. 1929. 28. *Sgalitzer, Demel, Kollert* i *Ranzenhoffer.* Darstel. u. Behandl. d. Erkrank. d. periph. Arter. Wien. Klin. Woch. 1930. 29. *Sicard.* Introd. a la pathol. d. arter. d. membres. Progr. méd. 1927. 30. *Sicard.* Sur maladie d Buerger. Bull. soc. d. Hop. 1927. *Tigerstaedt.* d. Physiol. d. Kreislaufs. 1926. 32. *Tochowicz* i *Felix.* Bad. dośw. i klin. nad dział. Acekoliny i Angioxylu. P. Arch. Med. Wewn. 1931. 33. *Vacquez* i *Yacoel.* Arterites stenos. trait. p. Insuline. Presse méd. 1927.

Pokarm jako czynnik leczniczy w patologji wieku dziecięcego.

PODAŁ
DR. JERZY WISZNIEWSKI.

Rola pokarmów jako leków przez długi czas ulegała znaniedbaniu, mimo, że à priori nasuwa się myśl, że substancje pokarmowe, bez których niemożliwą jest czynność komórek, narządów i układów, odnowa i budowa nowych tkanek, wymiana energji cieplnej i dynamicznej, oraz zachowanie prawidłowego chemizmu tkankowego i hormonalnego, — muszą być potężnemi aktywatorami w walce ustroju o wyrównanie zaburzeń chorobowych. Stany chorobowe bowiem, niezależnie od ich przyczyny, można ujmować jako walkę ustroju o zachowanie równowagi chemicznej i dynamicznej naruszonej przez bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, oraz przez zaburzenia brakowe: 1) wskutek niedostatecznej lub spaczonej czynności układu gruczołów dokrewnych, 2) wskutek niedostatecznego dowozu niezbędnych czynników pokarmowych przy nieprawidłowem żywieniu.

We wszystkich tych stanach rola pokarmów jest zasadniczą; nie trzeba zapominać, że większość leków farmakodynamicznych, obcych ustrojowi, nie mają żadnego wpływu na bieg przemiany materji w ustroju i nie odgrywają roli w utrzymaniu równowagi chemicznej, stanowiącej podstawę czynności i obrony ustrojowej. Na pokarm musimy więc zapatrywać się jak na potężne leki chemo-terapeutyczne w walce ustroju z chorobą.

Wprawdzie nauka o leczniczem znaczeniu pokarmów do niedawna prawie nie istniała, i dawniejsze zalecenia djetetyczne grzeszą empiryzmem, szablonem oraz brakiem podstaw doświadczalnych. Dopiero w ostatnich dziesiątkach lat zwrócono większą uwagę na znaczenie pokarmów w lecznictwie; wiele spraw związanych z odżywianiem zostało wyjaśnionych, wiele pozostaje jeszcze w dziedzinie empiryzmu; lecz to co wiemy w chwili obecnej wystarcza aby mieć podstawę do uzasadnionego stosowania pokarmów jako leków, oraz pozwala przewidywać rozbudowę tego działu lecznictwa na podstawach doświadczalnych.

Trzeba podkreślić, że znaczenie czynników pokarmowych zawsze będzie większe dla wieku dziecięcego, bowiem:

1) ustrój dziecięcy znajduje się stale w stanie maksymalnej czynności chemicznej, chcąc sprostać nie tylko potrzebom utrzymania równowagi, lecz i potrzebom stałej rozbudowy, różniczkowania i wzrostu.

2) ustrój dziecięcy znajduje się w ciągłej walce o przystosowanie się do nowych okresów życia i przezwyciężanie przeszkód do wzrostu, nawet w warunkach fizjologicznych.

Jasnem jest, że w warunkach patologicznych równowaga chemiczna ustroju dziecięcego łatwiej ulega przesunięciom i załamaniu się. Uwydatnia się to najbardziej jaskrawo w wieku niemowlęcym, dla którego lecznictwo farmaceutyczne, bez należytej djetetyki nie odpowiada nawet przesadnie skromnej dewizie: „primum non nocere“. Ale i poza okresem niemowlęctwa czynniki pokarmowe pozostają podstawą postępowania leczniczego.

W artykule niniejszym, nie możemy w całości omawiać zagadnień odżywiania dziecięcego w stanach chorobnych; na przykładach niektórych tylko pokarmów, djet lub stanów chorobnych, chcemy wykazać, że znaczenie czynników pokarmowych ujętych pod kątem widzenia leku może być bardzo duże.

Lekarz przedewszystkiem powinien stale pamiętać o tem, że polecając dziecku nieodpowiednią djetę utrudnia w wysokim stopniu powrót do zdrowia, i to nie tylko w stanach chorobnych wymagających specjalnej, ogólnie docenianej djetetyki, jak naprz. w cukrzycy, lecz w zwykłych, codziennych, najbanalniejszych schorze-

niach wieku dziecięcego. Trzeba pamiętać, że większość stanów chorobnych wieku dziecięcego powstaje przeważnie na skutek zaburzeń wyłącznie czynnościowych, i że tylko znajomość fizjologji dziecka i jej odrębności może pozwolić na należytą ocenę odczynów i objawów w stanach patologicznych.

W djetetyce dzieci chorych bynajmniej nie wystarcza wystrzegać się podawania pokarmów mogących wywołać „niestrawność". W dawne czasy słowo djeta dziecięca było niemal synonimem żywienia ograniczonego do podawania pokarmów uważanych za lekkostrawne i najwłaściwsze dla wszelkich stanów chorobnych: mleka i kleików. Cóż bowiem mogła szkodzić taka „ostrożna", nastawiona jakgdyby na wszelkie ewentualności djeta?

Aby to zrozumieć, należy pamiętać, że dziecka bardzo źle znosi wszelkie głodzenie, trwające napozór nawet krótko (tydzień, dwa). U niemowląt głód trwający dłużej niż 48 godzin, naraża ich na niebezpieczeństwo nawet co do życia. Djeta wyłącznie kleikowa jest prawie czystą formą głodzenia, gdyż wartość kaloryczna i jakościowa kleików jest znikoma. Brak białka, soli mineralnych i tłuszczów wywołuje szybki rozpad tkanek własnych, odwodnienie, spadek wagi, oraz utratę elastyczności skóry i obrzęki. W większości zaburzeń żołądkowo-jelitowych u dzieci głównym odczynem są zaburzenia równowagi ogólnej, a nie charakter stolców i zmiany w jelitach (zaburzenia czynnościowe).

Dla dzieci starszych djeta mleczno-kleikowa jest również djetą pół-głodową, nie mogącą trwać dłużej niż parę dni.

Przy braku węglowodanów, głód nawet krótkotrwały wywołuje zakwaszenie acetonemiczne ustroju. Oddech dzieci zdradza wtedy zapach acetonu. Aby zapobiedz tym następstwom głodu węglowodanowego, w wypadkach schorzeń ostrych z objawami zatrucia, w których na początku w ciągu 12-24 godzin bywa wskazane odstawienie pokarmów i zastąpienie ich płynami obojętnemi, — nie pozbawiamy dzieci cukru, podawanego w 5 — 10% rozczynach i w ilości dostatecznej. Niemowlę naprz. dla zachowania równowagi przemiany wodnej powinno otrzymać i przyswoić ok. 150 grm wody na kilo wagi.

Podając cukier dostarczamy prócz tego ustrojowi pokarm o wysokiej wartości energetycznej, pozbawiony własności toksycznych oraz niezbędny dla czynności mięśnia sercowego i wątroby, której czynność odtruwającą ułatwia przez gromadzenie glykogenu. W ten sposób możemy dostarczyć dziecku 200 — 400 kaloryj. Podawanie cukru nie nastręcza żadnych przeciwskazań, dlatego też nie należy uciekać się do płynów słodzonych sacharyną. Szkodliwą jest nie sacharyna, jako taka, lecz głód węglowodanowy, który przez to powstaje, a na który ustrój dziecięcy jest bardzo czuły i nie toleruje go nawet przez krótki okres czasu.

Płynne stolce nie są przeciwskazaniem do podawania cukru, bowiem o ile zdarzają się nawet t. zw. biegunki fermentacyjne wskutek jednostronnej djety węglowodanowej, to nie są to stany ciężkie wymagające djety wodnej, lecz jedynie unormowania jej w kierunku powiększenia w odżywianiu białka, kosztem węglowodanów. Biegunki zaś przebiegające z gorączką i objawami zatrucia, przy których wskazaną jest pauza wodna, nie są biegunkami fermentacyjnemi, lecz są odczynem ustroju dziecięcego na zakażenie jelitowe, bądź pozajelitowe. Dziecko bowiem na każde bez wyjątku zakażenie (naprz. ucha środkowego) może reagować wymiotami i biegunką, oraz odwodnieniem i objawami zatrucia.

Wyłączna djeta mleczna, często jeszcze stosowana w różnych cierpieniach u dzieci starszych jest zawsze i prawie bez wyjątku niecelową. Wprawdzie mleko jest pokarmem, zawierającym w postaci płynnej najważniejsze składniki odżywiania, lecz:

1) Aby pokryć zapotrzebowanie kaloryczne dziecka chorego (ważącego naprz. 20 kilogramów) musimy podać mu około 1½ litra mleka dziennie. Ilość ta obarcza nadmiernie przewód pokarmowy, wywołując często objawy nietolerancji, utratę łaknienia, mdłości, zaparcie lub biegunkę.

2) Podajemy w mleku (1½ litra) nadmierne ilości soli mineralnych (10,5) i białka (60 gram), co nie zawsze może być obojętne, naprz. w chorobach serca, nerek i wątroby (obrzęki).

3) Podajemy za mało węglowodanów (mleko każde nie jest pokarmem pełnowartościowym i należycie zrównoważonym pod względem stosunku poszczególnych składników).

4) Przy mniejszych ilościach otrzymywanego mleka zachodzi obawa głodzenia ilościowego,, które u dzieci ciężko chorych

szybko doprowadza do objawów wyniszczenia i załamania się odporności (naprz. w durze brzusznym).

W ciężkich i przewlekających się schorzeniach dziecięcych musimy przedewszystkiem dążyć do tego, aby odżywianie będąc odpowiedniem do tolerancji, możliwości trawiennych i przyswajania nie było jednostronnem, lecz jakościowo pełnowartościowem; prócz tego musimy się liczyć z upośledzonem zwykle łaknieniem i przez odpowiedni dobór pokarmów o niezbyt mdłym smaku, wpłynąć na bardziej chętne przyjmowanie ich przez dziecko.

Lekarz powinien poznać przepisy kulinarne, sposoby przyrządzania pokarmów i być nawet poniekąd smakoszem, jak uczył jeszcze Billroth, aczkolwiek był chirurgiem. Dziecko, zwłaszcza chore, i niemowlę zdane jest w swem odżywieniu całkowicie na łaskę, rozsądek i wiadomości osób otaczających — dorosłych. O ile sięgniemy na chwilę do fizjologji roślin, to zobaczymy, jak złożonych mieszanin soli mineralnych potrzebuje dla swego rozwoju roślina; brak jednej z nich uniemożliwia życie i wzrost rośliny; w stosunku do djety dziecka zapomina się o tem, że stosunki podobne warunkuje także i rozwój organizmów bardziej złożonych.

Odżywianie kaloryczne dostateczne, złożone z czystych węglowodanów, białka, tłuszczu i wody, — szybko doprowadzi do zjawisk patologicznych, o ile nie będą jeszcze uwzględnione różne sole mineralne, których źródło w odżywianiu człowieka znajduje się w jarzynach, oraz t. zw. substancje minimalne (witaminy).

Widzimy więc, że racjonalne odżywianie dziecka chorego nie powinno być jednostronnem (zaburzenia brakowe), lecz powinno uwzględniać wszystkie składniki w możliwie jaknajlepszem ustosunkowaniu się; dobre przyswajanie bowiem pojedyńczych składników pokarmowych jest zależnem od obecności innych; tak naprz. białko i tłuszcze przyswajają się dobrze, nie dając nadmiaru patologicznych produktów resztkowych, jedynie w obecności przeważającej ilościowo dawki węglowodanów.

Najłatwiej możemy na czas ograniczony wyeliminować lub ograniczyć do minimum z odżywiania dziecka chorego (w razie potrzeby) — tłuszcze. Zachodzi tego potrzeba w niektórych cierpieniach związanych z niedomogą wątroby (niektóre rodzaje biegunek, nieżyty jelita grubego, wymioty acetonemiczne, nerczyca lipoidowa, skaza wysiękowa i inne); zaburzeń brakowych wtedy nie spostrzegamy, gdyż węglowodany w dużej mierze mogą zastąpić tłuszcze pod względem energetycznym i korrelacyjnym. Wyeliminowanie jednak wartościowych tłuszczów na czas dłuższy pociąga za sobą obniżenie odporności, zwłaszcza odporności nabłonka skóry i śluzówek do zakażeń drobnoustrojami ropotwórczemi, zahamowanie wzrostu, oraz obniżenie jedrności tkanek (turgor), które stają się bardziej wiotkie i wodniste. (zaburzenia gospodarki wodnej). Zależy to w pewnej mierze od braku rozpuszczalnego w tłuszczach czynnika A. Zupełny brak tej witaminy prowadzi, jak wiadomo, do zeschnięcia rogówki gałki ocznej (xerophtalmia). W zwiazku z tem zjawiskiem należy jeszcze raz podkreślić znaczenie czynnika jakościowego w odżywianiu. Różne rodzaje tłuszczów i białka bynajmniej nie są jakościowo równowartościowe i nie dają się wzajemnie zastępować, mimo identycznej wartości energetycznej. Smalec, słonina, oliwa i inne tłuszcze roślinne nie są w stanie zastąpić jakościowo świeże masło, śmietankę lub tran, bowiem nie zawierają czynnika A.

Różnice pomiędzy wartością pokarmów białkowych zależą od ilościowych i jakościowych różnic zawartych w nich kwasów aminowych, których znaczenie dopiero ostatnio zaczyna być bliżej poznawane. Białko mięsa nie może być zastapione przez białka roślinne i kazeinę. Niektóre amino-kwasy są niezbędnym czynnikiem wzrostu, lub czynności narządów krwiotwórczych i gruczołów dokrewnych.

Poniższa tabelka uwidacznia zawartość różnych witamin w ważniejszych pokarmach (według Loeper'a).

Wyeliminowanie z odżywiania dziecka innych składników (prócz tłuszczu), nawet na czas ograniczony jest trudniejszem, ze względu na grożące poważne zaburzenia. Brak białka wywołuje zahamowanie przyrostu, rozpad własnych tkanek, niedokrewność, wyniszczenie i obrzęki. Brak soli wywołuje gwałtowne odwodnienie i utratę elastyczności tkanek.

Przykładem zaburzeń wywołanych brakiem soli może służyć między innemi t. zw. djeta jabłkowa (nieracjonalnie zastosowana). W ostatnich czasach *Moro*, opie-

	Czynnik A (Wzrostu i odżywiania nabłonków)	Czynnik B (anti-Beri-Beri)	Czynnik C (Przeciwszkorbutowy)	Czynnik D (Przeciwkrzywiczy)
mąka owsiana	±	+	0	0
mąka pszenna . . .	±	+	0	0
kukurydza	+ +	+ + +	0	0
ryż	0	0	0	0
groch	+ +	+ + +	0	0
fasola	+	+ +	0	0
cytryna	+	+	+ + +	?
pomarańcze	+	+	+ + +	0
jabłka	?	+	+	?
banany	+	+	+ +	?
pomidory	+	+	+ + +	0
szpinak	+ + +	+	+	0
groszek zielony . . .	+ +	+	+ +	?
marchew	+ +	+ +	+ +	0
kapusta	+ +	+	+ + +	0
kartofle	±	+	+	?
masło	+ +	0	0	±
tran	+ + +	0	0	+ + +
tłuszcz kakao	0	0	0	+ +
inne tłuszcze roślinne	0	0	0	0
mięso wołowe	0	+	+	0
wątróbka	+ +	+ +	+ +	?
sardynki	+ +	+	?	+
mleko	+	+ +	+	±
żółtko	+ +	+ + +	±	+ +
wyciąg słodowy . . .	0	+ +	0	0
drożdże	0	+ + +	0	0

rając się na spostrzeżeniach medycyny ludowej, wprowadził do leczenia ostrych zaburzeń kiszkowych u dzieci o typie czerwonki (entero-colitis ac. infectiosa) — djetę jabłkową. Djeta ta polega na podawaniu dziecku w ciągu kilku dni wyłącznie papki z surowych, dojrzałych jabłek, w ilości ½ — 1 kilograma na dobę, zależnie od wieku dziecka. ½ — 1 kilo surowych, dojrzałych, obranych z łupiny jabłek przeciera się przez gęste sitko włosiane na miazgę, którą w ilości 100 — 200 grm. na porcję podaje się dziecku 5 — 6 razy na dobę. Papka może być lekko ocukrzona. Djeta powyższa została wypróbowaną przez wielu lekarzy (nawet u niemowląt) i daje rzeczywiście dobre wyniki w infekcyjnych schorzeniach jelita grubego typu czerwonki. Szybko, czasami już następnego dnia znikaja ze stolca ropa i krew, ustaje parcie, stolce staja się bezbarwne i papkowate. Po 2 — 3 dniach, zmniejszając stopniowo ilość papki, wprowadza się do odżywiania przetarty świeży twaróg z cukrem, kefir, kakao na wodzie, sucharki i t. d.

Okazało się jednak wkrótce, że przy podawaniu djety jabłkowej niezbędnem jest podawanie doustne rozczynów soli (Ringer'a), w ilości ok. 200 — 300 grm. na dobę. Bez zachowania tej ostrożności może wystąpić bowiem nadmierne odwodnienie i gwałtowny spadek wagi, zjawiska bardzo niepożądane i niebezpieczne.

Widzimy więc, że przy stosowaniu tej lub innej djety u dziecka chorego, należy stale myśleć kategorjami fizjologicznemi i unikać szablonów, z których dwa bardzo utarte dotąd jeszcze bywają stosowane: djeta kleikowa i wyłączna djeta mleczna, o których mowa była wyżej.

Na czem polega lecznicze działanie djety jabłkowej trudno ustalić, lecz prawdopodobnie chodzi tutaj głównie o radykalnie i kontrastowo zmienione warunki podłoża pożywkowego dle drobnoustrojów jelitowych, oraz działanie papki jako masy wchłaniającej.

Niektórzy autorzy, zamiast i analogicznie do djety jabłkowej polecają papkę z suszonych jagód czarnych, którą przygotowuje się w sposób następujący: 100 grm. suszonych jagód czarnych zalewa się wo-

dą na 3 godziny, poczem dodaje się 60 grm. cukru, 1 łyżeczkę mąki kukurydzowej (mondaminy) i na słabym ogniu gotuje się do otrzymania pół-płynnej papki. W ciągu 2-ch dni podaje się wyłącznie papkę, od 3-go dnia poczynając, na zmianę z przetartym twarogiem lub kefirem. Zastrzeżenie dotyczące soli należy odnieść i do tej djety.

Z innych djet oddawna stosowanych w leczeniu nieżytów jelita grubego, możemy podawać w ciągu kilku dni djetę węglowodanowo-białkową, monotonną. Naprz. gęsty ryż i przetarty twaróg z cukrem, (lub kefir) na zmianę. Po kilku dniach niezbędnem jest stopniowe urozmaicenie djety przez dodatek sucharków; kakao na wodzie z niewielką domieszką mleka lub śmietanki, przetartych kartofli, kaszki na rosole, mielonego mięsa, chudej skrobanej szynki. Dopiero po wyzdrowieniu podaje się mleko, jarzyny, jaja, tłuszcze i t. p.

Wśród dzieci wieku szkolnego i przedszkolnego spotykamy częste skargi na brak łaknienia, wątły wygląd, skłonności do zaparcia lub biegunek śluzowych. Dzieci te często wędrują jako anemiczne lub gruźlicze. Żelazo i arsen nie dają tu żadnego polepszenia, o ile nie wręcz przeciwnie pogorszenie. U licznej tej kategorji dzieci, po wykluczeniu schorzenia miedniczek nerkowych (u dziewcząt), stanów zapalnych wyrostka robaczkowego i fissura ani (uporczywe zaparcia), pomimo nawet możliwości istnienia zwykłej niedokrwności wtórnej, — trzeba przedewszystkiem zwrócić uwagę na ich tolerancję pokarmową i sposób żywienia. Często możemy stwierdzić absurdalne postępowanie djetetyczne polegające na forsownem wmuszaniu w nich jednostronnych i przez to toksycznie działających pokarmów (jaja, mleko jako napój, czekolada, kakao, ciastka). Są to dzieci zwykle obarczone konstytucjonalną niedomogą wątroby (zapach acetonu z jamy ustnej, mdłości i wymioty, zaparcia lub stolce śluzowe, powiększenie wątroby, jej tkliwość, podżółtaczkowe zabarwienie skóry, odbarwione stolce, zawierające nadmiar tłuszczu). Dzieci te b. często źle tolerują tłuszcze, zwłaszcza w postaci mleka i tłuszczów zwierzęcych, oraz są uwrażliwione na pewne rodzaje białka. Cierpią one, (lub cierpiały w pierwszych latach życia) na wypryski skórne, pokrzywki, strophulus. Czasami u niektórych z nich okresowo występują napady uporczywych wymiotów (z acetonemją i acetonurją) lub żółtaczką, albo ostry nieżyt jelita grubego z objawami zatrucia.

Prowadzenie tych dzieci jest trudne, wymaga dużego taktu, cierpliwości i umiejętności postępowania z otoczeniem dziecka. Odżywianie powinno być dostateczne i wielostronne, nie możemy ich głodzić, lecz z drugiej strony, chcąc podnieść ich wagę nie możemy stosować szablonowego tuczenia (Mastkur), którego one nie znoszą.

Ponieważ tolerancja tych dzieci w stosunku do tłuszczów i białka bywa obniżoną i łatwo ulega załamaniu, oraz kierunek pośredniej przemiany materji ulega wypaczeniu, — leczenie należy przedewszystkiem skierować na poprawienie tolerancji, co uzyskuje się na drodze urozmaicenia pokarmów o jaknajlepszej wartości jakościowej.

W pierwszym okresie leczenia należy przejść (po uregulowaniu ilości i czasu posiłków) na djetę kontrastową (w stosunku do tej, którą dziecko otrzymywało); a więc zazwyczaj będzie to djeta jarzynowo-owocowo-węglowodanowa. Aby jednak nie wyczerpać tolerancji pokarmowej w przeciwnym kierunku, zaleca się, według rady *Terrien'a*, stosować djetę naprzemienno-kontrastową (naprz. co 10 dni), raz z przewagę węglowodanów, następnie z pewną przewagą dobrze zwykle tolerowanych rodzajów pokarmów białkowych (świeży twaróg, kefir, yogurt, chuda szynka, polędwica wędzona, chude białe siekane mięso). W ten sposób kolejno zapobiegamy wyczerpaniu tolerancji, osiągamy za każdą zmianą chwilowe lepsze przyswajanie przez co możemy osiągnąć poprawę stanu ogólnego i przyrost wagi. Tłuszcze w pokarmach ograniczamy i pozwalamy jedynie na niewielkie ilości świeżego, dobrego masła, zawsze w połączeniu z węglowodanami lub jarzynami.

U dzieci, które wykazują skłonność do wymiotów acetonemicznych, układ pokarmów winien być prócz tego alkalizującym, oraz co pewien czas pożytecznem jest wprowadzenie dni wyłącznie owocowo-cukrowych z dodatkiem alkalizujących wód mineralnych.

W ostrych krwotocznych zapaleniach nerek (glomerulonephritis) dobre wyniki daje zastosowana w pierwszych dniach,

na przeciąg kilku dni djeta według *Aron'a* (owocowo-cukrowa) bez domieszki mleka i innych pokarmów. Ostre objawy zapalne szybko ustępują, a czynność nerek i diureza poprawia się. Przeciwnie, w przewlekłej nerczycy lipoidowej poprawę można wyzyskać na drodze djety białkowej (mięso chude, twaróg) z dodatkiem owoców, niektórych jarzyn i umiarkowanej ilości węglowodanów, z ograniczeniem do minimum wszelkich tłuszczów, oraz mleka.

Na zakończenie trzeba zauważyć, że pokarmy odgrywają rolę czynników regulujących równowagę zasadowo - kwasową ustroju, która ulega różnym odchyleniom w różnych stanach chorobnych. Lekarz powinien wiedzieć, które stany chorobne przebiegają ze skłonnością do kwasicy lub alkalozy, oraz które pokarmy są alkalizujące, a które zakwaszające.

Poniżej podajemy tabelkę podziału najważniejszych pokarmów na te grupy. (częściowo, według M. Labbé).

Pokarmy alkalizujące.

Świeże mleko, ogórki, pomidory, selery, marchew, rzodkiewka, sałata, kapusta, kalafior, szpinak, groszek zielony, kartofle, kalarepa, szparagi, buraki, morele, pomarańcze, figi, rodzynki, cytryny, jabłka, gruszki, śliwki, wiśnie, borówki, kasztany.

Pokarmy zakwaszające.

Mięso: wołowina, cielęcina, wieprzowina, wątróbka, możdżek, śledź, wątłusz, ryba płaszczka, węgorz, szczupak; ser, twaróg, jaja, oliwa, smalec, wędliny, masło, kakao, czekolada; ryż, mąka owsiana i ryżowa, groch, kasza, chleb, orzechy, grzyby; fasola, karczochy, brukselka, kapusta kiszona, cebula.

W artykule niniejszym ograniczyliśmy się do podania uwag ogólnych i podkreślenia znaczenia pokarmów jako leków, rezerwując sobie, przy okazji, szczegółowe omówienie pewnych grup pokarmowych w djetetyce dzieci, oraz szczegółowe leczenie pokarmowe niektórych schorzeń wieku dziecięcego.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Objawy naczyniowe związane z obecnością żeber dodatkowych. (Sur les manifestations vasculaires liées à la présence de côtes cervicales). L. Langeron.

Paris Médical. Nr. 27, 1933 r.

Najczęstszą przyczyną objawów wywołanych żebrami dodatkowemi jest ucisk tętnicy podobojczykowej, która początkowo powyżej miejsca uciśniętego się rozszerza, a w miejscu ucisku zarasta. Chorzy subjektywnie w spokoju nie mają żadnych objawów, ale przy większej a szczególnie dłuższej pracy występują bóle w ramieniu podobne do chromania przestankowego w kończynie dolnej. Zaburzenie krążenia wyraża się objektywnie zniknięciem oscylacji. Objawy bólowe powstają z powodu podrażnienia przez ucisk tętnicy okołotętniczych włókien współczulnych. Na tem tle wytwarza się t. zw. według *Lericha* „plexitis“, która przy najmniejszych bodźcach zewnętrznych jak np. zimno jest przyczyną zmian naczynioruchowych, wywołujących bóle nieraz bardzo ciężkie. Usunięcie żebra dodatkowego jest najczęściej zbędne, gdyż uszkodzenie tętnicy w tym okresie jest nieodwracalne. Natomiast wskazane jest usunięcie tego odcinka tętnicy, który jest przyczyną odruchów patologicznych, a więc objawów bólowych. Ostatni zabieg polega albo na usunięciu zmienionego odcinka tętnicy albo na sympatektomji okołotętniczej. Autorzy stwierdzili, że po zabiegu znikają objawy bólowe i zmiany naczynioruchowe.

Aplazje krwi. (Les aplasies sanguines). Paul Chevallier.

Paris Médical Nr. 31, 1933 r.

Objawy aplazji krwi mogą być różne w zależności od tego jakie składniki krwi są dotknięte zanikiem . Aplazja ciałek czerwonych prowadzi do niedokrwistości, aplazja ciałek białych do t. zw. aleicii, aplazja płytek do atrombii, wreszcie zanik przybłonków naczyń włosowatych staje się przyczyną objawów krwiotocznych.

Objawy niedokrwistości aplastycznej są ciężkie jednakże występuje one dopiero w okresach końcowych. Cechą charakterystyczną tych anemji jest, iż krwinki zachowują swój prawidłowy kształt i prawidłową wielkość czem różnią się wyraźnie od innych postaci ciężkiej niedokrwistości. Zawartość hemoglobiny w krwinkach jest prawidłowa, niedokrwistość nie jest ani hyper ani hypochromatyczna. Otrzymuje się wrażenie jakby krew była silnie rozcieńczona płynem izotonicznym. Nigdy nie spotyka się objawów regeneracji krwinek, reticulocyty, normoblasty są nieobecne. Jasny, bezbarwny kolor surowicy i osocza nie przemawia za rozpadem czerwonych ciałek krwi jako przyczyny cierpienia. Niedokrwistość aplastyczna w swej czystej postaci jest cierpieniem bardzo rzadkiem, czasami wybija się ten objaw tak na pierwsze miejsce, że opanowuje niejako obraz choroby choć towarzyszy mu i lekka aleucia, a po kilku tygodniach lub miesiącach dołączają się i objawy krwiotoczne. Cierpienie jest postępujące i kończy się po kilku miesiącach śmiercią. Anemja aplastyczna spotyka się bez żadnej zewnętrznej przyczyny u osób starszych, często kobiet. W innych znowu przypadkach jest ona pierwszym objawem złożonego obrazu chorobowego.

Aleucię cechuje przedewszystkiem zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi, przyczem naogół więcej się zmniejszają komórki wielojądrzaste od limfocytów. Ta neutropenia nosi nazwę agranulocytozy. Kształt i charakter białych ciałek w preparacie barwionym jest prawidłowy, form patologicznych naogół się nie spotyka. Śledziona i gruczoły chłonne nie są powiększone. Klinicznie charakterystyczne jest podwyższenie ciepłoty, stany zapalne dziąseł, a szczególnie objawy ujemne, a więc brak powiększenia gruczołów chłonnych i śledziony, brak niedokrwistości i krwawień. Zespół objawowy aleucii może się poprawiać, może być nawet wyleczony, jednakże jeżeli jest intensywny kończy się dość szybko śmiercią.

Atrombia polega na zmniejszeniu się liczby płytek. Cechą uderzającą tego stanu jest, iż w świeżej krwi znajdować się mogą jeszcze dość znaczne ich liczby podczas gdy w preparacie nie można ich zupełnie znaleźć. To jest najlepszym dowodem wielkiej kruchości płytek. W przeciwieństwie do ciałek białych i czerwonych płytki są bardzo zmienione, bardzo małe albo znacznie powiększone Zmniejszeniu liczby płytek towarzyszy przedłużony czas krwawienia oraz brak kurczliwości skrzepu. Małopłytkowość nie zaznacza się żadnemi objawami klinicznie, stwierdza się ją przypadkowo w czasie badań krwi.

Zespół objawów krwiotocznych wyraża się nieznacznemi, ale bardzo uporczywemi krwawieniami, które mogą występować bez zewnętrznej przyczyny w najprzeróżniejszych narządach. Objaw opaskowy jest dodatni. Małopłytkowość i krwiotoczność często łączą się ze sobą, często jednak krwiotoczność występuje samodzielnie, jako cierpienie wrodzone, przyczyną jej mają być zaburzenia czynności płytek.

Rokowanie małopłytkowości krwiotocznej, o ile jest cierpieniem nabytem na tle zakaźnem lub toksycznem, jest naogół dobre. Natomiast wystąpienie anemo-aleucii jest z punktu widzenia rokowania objawem złym. Połączenie się objawów krwiotoczności ze zmniejszeniem białych i czerwonych ciałek krwi czyli z t. zw. aleucją tworzy zespół objawowy całkowitej aplazji krwi. Po-

czątek cierpienia może być wolny co daje najgorsze rokowanie, odwrotnie szybki rozwój jest raczej korzystny..

Rokowanie zależy również od sposobu występowania cierpienia. Jeżeli w początku występują krwawienia jest to względnie korzystne, natomiast pierwotna anemja jest zawsze najgorszym znakiem, pierwotna aleucia jest rokowniczo również złym objawem, jeżeli wytwarza się powoli. Ocena każdego poszczególnego przypadku opiera się na porównaniu ze sobą objawów wstecznych i regeneracyjnych. pierwsze są nieznaczne, natomiast uderzającą bywa zupełna niezdolność regeneracyjna krwi.

Niezmiernie interesującem jest spostrzeżenie, które wykazuje że objawy zaniku krwi mogą się łączyć, prawdopodobnie na drodze procesów reperacyjnych, z hyperplazją, z nadmiarem jej poszczególnych składników. Aplazje mogą wywołać objawy wprost przeciwne, zamiast anemji hyperglobulię, leucocytozę zamiast aleucji, razem lub obok objawów krwiotocznych zaczopowania żylne. Bywa i tak, że objawy aplazji i hyperplazji występują równocześnie, łącząc się ze sobą np. anemja aplastyczna wystąpić może równocześnie z zespołem objawów leukemicznych o przebiegu ostrym lub podostrym.

Jeżeli się wyłączy zakażenia wtórne rzadko kiedy można stwierdzić zakażenie jako pierwotną przyczynę cierpienia; z pośród chorób zakaźnych dur brzuszny wywołuje we krwi dyskretne, ale wyraźne zmiany zanikowe. Znacznie częstszą przyczyną cierpienia jest zatrucie chemiczne, przyczem w grę wchodzą przedewszystkiem ciała takie jak benzol, arszenik, złoto, ciała promieniotwórcze, a także i promienie X. Trująco działają szczególnie dawki małe, ale często powtarzane, działanie ich zależy jednak w dużej mierze od właściwości osobniczych, gdyż w tych samych okolicznościach i przy tych samych dawkach u jednych wystąpić może poważne zatrucie, podczas gdy inni żadnych zmian nie wykazują. Ciała, wywołujące zmiany chorobowe są truciznami dla jąder, w małych dawkach pobudzają one rozmnażanie albo wywołują ostateczne zwyrodnienie komórek chorych i starych. Przy dawkach większych podlegają zwyrodnieniu i komórki zdrowe, najszkodliwsze są ciągłe nieznaczne zatrucia, które jakby utrwalają jądra i przeciwdziałają ich podziałowi. Te same ciała, które prowadzą do aplazji krwi stosowane w dawkach małych działać mogą leczniczo jak np. arszenik, promienie X, etc. Autor wyraża się sceptycznie o różnych metodach leczniczych. Konieczne jest oczywiście zwalczanie zakażeń wtórnych, odpowiednia hygiena jamy ustnej. Krwawienia, o ile jest to możliwe, zwalcza się przez ucisk mechaniczny. Środki wewnętrzne nie mają wyraźnego wpływu. Przelewanie krwi nie jest środkiem leczącym zasadniczo. Doświadczenie pokazuje, że trzeba przelewania coraz częściej powtarzać aż w końcu chory przestaje znosić krew obcą. Przypadki łagodne o typie purpury hemorragicznej bez objawów aleucji i anemji aplastycznej dochodzą do stanu prawidłowego same przez się przy zastosowaniu leczenia tylko spokojem; przypadki cięższe o typie aleucji krwiotocznej i wolnym początku kończą się śmiercią niezależnie od rodzaju postępowania. Autor wyraża nadzieję, że znajdzie się jednak sposób pobudzenia czynności jąder w narządach krwiotwórczych i w gruczołach trawiennych. Wobec braku wyników dodatnich różnych metod leczniczych postępuje autor w ten sposób, że trzyma swoich chorych w łóżku, dając im te potrawy, które znoszą bez żadnego innego leczenia. Twierdzi, że tą drogą nie otrzymał gorszych wyników od innych metod leczenia.

Leczenie bólów żołądkowych i dwunastniczych kwasami aminowemi. (Le traitement des douleurs gastriques et duodenales par les acides aminés). J a c q u e s L e n o r m a n d.

Paris Médical. Nr. 23, 1933 r.

Autor opierając się na doświadczeniach zwierzęcych *Weissa* i *Arona* zastosował wstrzykiwania histidiny i trypthophanu w przypadkach wrzodu żołądka. Wyniki były o tyle korzystne, że bóle ustępowały, natomiast rentgenologicznie nie stwierdzało się poprawy. Uspakające działanie histidiny i tryptophanu na bóle stwierdził autor i w przebiegu cierpień przewodu pokarmowego. Pod wpływem kwasów aminowych występuje większe wydzielanie bogatego w śluz soku żołądkowego. Wstrzykiwania robi się doskórnie codziennie w ilości 0,2 cm^3 2% roztworu tryptofanu i 4% roztworu histidiny.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Zwężenie przerostowe odźwiernika u niemowląt. (La sténose hypertrophique du pylore chez les nourissons). R. R i c h a r d.

La pédiatrie pratique. Aout. 1933 r.

U niemowląt zdarza się zwężenie odźwiernika przez wrodzony przerost warstwy mięśniowej, przedewszystkiem włókien okrężnych, co prowadzi do znacznego zwężenia otworu odźwiernika. Część odźwiernikowa przekształca się w guz o kształcie owalnym, długości 2 — 3 cm., grubości 1,5 — 2,5 cm., twardy, o spoistości chrząstki. Guz jest zupełnie gładki, odcinający się od otoczenia bladością.

Na przekroju guza stwierdza się, że warstwa zgrubiała mieści się pomiędzy surowicówką, a podśluzówką; przekrój jest biały przetkany pasemkami tkanki włóknistej. Na przekroju można stwierdzić, że przerostowi uległy przeważnie włókna mięśniowe warstwy wewnętrznej (okrężne); warstwa zewnętrzna włókien podłużnych bywa często normalną. Przerost ten zależny jest od powiększenia liczby włókien mięśniowych w warstwie okrężnej.

Przerost nie jest ściśle ograniczony do samego odźwiernika, lecz przechodzi zmniejszając się stopniowo w kierunku żołądka, natomiast urywa się zwykle ostro od strony dwunastnicy tworząc pierścieniowate uwypuklenie śluzówki jelita. W środku przekroju widoczny jest kanał odźwiernika bardzo zwężony, szczególnie dzięki pofałdowaniu śluzówki; jednak o ile przetniemy przyczynę zwężenia — pierścień mięśniowy, — kanał odźwiernikowy natychmiast powraca do normalnej drożności.

Zwykle nie bywa notowana zupełna niedrożność kanału, który pozwala na przejście sondą. Makroskopowo — śluzówka i surowicówka nie wykazują zmian; w przypadkach długo trwających notowano nieżyt śluzówki i nadżerki jej w okolicy odźwiernika.

Nieprzepuszczalność kanału nie jest więc bezwzględną, i aczkolwiek przyjmuje się, że zwężenie anatomiczne istnieje od chwili urodzenia, klinicznie nie przejawia się to w pierwszych dniach życia noworodka. Dopiero gdy dołącza się czynnik skurczu lub obrzmienia śluzówki, powstaje niedrożność zupełna wraz z jej objawami.

Patogeneza zwężenia odźwiernika u niemowląt nie jest wyjaśnioną. Przyjmuje się, że jest to zmiana wrodzona, gdyż obserwowano zwężenie przerostowe u płodów 6 — 7-mio miesięcznych. Inni jednak uważają przerost za zmianę wtórną, wywołaną przez poprzedzający długotrwały skurcz odźwiernika, brak w odżywianiu ciężarnej witaminy B etc.

Cierpienie to występuje znacznie częściej u chłopców; według *Fredet* na 407 przypadków opisanych, tylko 68 stanowiły dziewczęta. W chwili urodzenia dzieci są normalne i nic nie pozwala przewidywać istnienia u nich zwężenia odźwiernika. Cierpienie nie stoi w związku z rodzajem odżywiania, jedynie u dzieci żywionych piersią objawy występują nieco później.

Fredet odróżnia dwie postacie kliniczne cierpienia: postać ciężką, wczesną, odpowiadającą znacznemu zwężeniu anatomicznemu z dodatkiem wybitnych skurczów żołądkowych, i postać przewlekłą, z umiarkowanem zwężeniem i nieznacznemi skurczami dodatkowemi (gastrospasmus).

Podział ten jest sztuczny, obserwuje się bowiem wszelkie postacie przejściowe, pomiędzy temi krańcowemi. We Francji zdaje się przeważają postacie przewlekłe.

Zasadniczy i pierwszy objaw cierpienia stanowią wymioty. Wymioty rozpoczynają się nie natychmiast po urodzeniu, lecz po pewnym okresie utajonym, bezobjawowym, wynoszącym przeciętnie od 8 — 30 dni. Na początku, zasadniczą cechą wymiotów jest występowanie ich po każdem karmieniu i natychmiast po karmieniu; wymioty są „wybuchowe“, pokarm wyrzucony zostaje w całości i prawie niezmieniony. Szybko zaznacza się i postępuje spadek wagi dziecka. Naturalnie występuje wybitne zmniejszenie oddawania moczu i uporczywe zaparcie. Stolec nabiera cech stolca smółkowego noworodków w pierwszych dniach życia.

Po tym pierwszym okresie choroby, okresie skurczów wywołanych nadpobudliwością żołądka, następuje okres drugi, zalegania treści żołądkowej. Żołądek przystosowując się do stanu patologicznego zatrzymuje płyny ulegając rozciągnięciu. Wymioty nie występują wtedy natychmiast po karmieniu lecz w przerwach i znacznie rzadziej, gdy wypełnienie żołądka przekracza pewne granice. Wymioty stają się b. obfite, zachowując charakter chlustający. Niemowlę może zrzucić odrazu 200 — 300 grm. płynu, zawierającego grudki ściętego sernika i domieszkę soku żołądkowego. W treści zrzuconej nie stwierdza się żółci. Okres drugi cechuje się więc zmniejszeniem częstości wymiotów i obfitością treści. W tym okresie waga dziecka utrzymuje się prawie na poziomie, z niewielkiemi wahaniami. Niemowlęta zachowują przez cały czas łaknienie, robią wrażenie żarłocznych, lecz po kilku łykach wyrażają niepokój i dolegliwości, zaprzestając ssania. Stan ogólny stopniowo pogarsza się, dochodząc do krańcowego wyniszczenia, przy zachowaniu uderzającej żywości spojrzenia, ruchów i krzyku niemal do ostatniej chwili.

Postacie łagodniejsze, przewlekłe, różnią się tylko tem, że część pokarmu zostaje zachowaną dla potrzeb ustroju; ilość ta może być wystarczającą dla utrzymania dziecka przy życiu, lecz jest niewystarczającą dla rozwoju: dziecko nieokreślony czas nie przybiera na wadze. Postacie ostre szybko uniemożliwiają utrzymanie dziecka przy życiu, postacie przewlekłe uniemożliwiają rozwój; w obu przypadkach prowadzi to ostatecznie do zejścia śmiertelnego.

Ztąd wynika konieczność wczesnego i ścisłego rozpoznania. Na początku choroby oglądanie brzucha nie wykazuje nic szczególnego; później spostrzega się pewne uwypuklenie okolicy żołądka; przy znacznem wychudzeniu można spostrzegać wyraźne ruchy robaczkowe żołądka, rzadziej w kierunku odwrotnym, powstające szczególnie po lekkiem opukiwaniu okolicy żołądka. Jest to objaw późno występujący. Czasami jako objaw rzadki i późny można stwierdzić przy obmacywaniu guz wielkości orzecha odpowiadający odźwiernikowi.

Większe znaczenie ma badanie za pomocą sondowania żołądka, a szczególnie rentgenoskopja. Sondowanie wykazuje zaleganie treści pokarmowej. Wykonane w 3 — 5 godzin po karmieniu pozwala wydobyć znaczną ilość treści. Treść wydobyta w ten sposób jest bezbarwna. Zawiera kłaczki i obficie śluz oraz wydziela zapach kwasu, zależny od obecności organicznych kwasów fermentacji. Badanie rentgenoskopowe samo może wystarczyć dla rozpoznania. Należy pamiętać, że u niemowląt zdrowych treść pokarmowa zaczyna przechodzić do dwunastnicy natychmiast po spożyciu. Po 15 minutach już znaczna część treści przechodzi przez odźwiernik i żołądek powinien być zupełnie opróżniony w godzinę do 2½ godzin po podaniu mieszanki z bizmutem. Przy badaniu niemowlęcia w okresie skurczów żołądkowych spostrzega się nienormalne skurcze robaczkowe w postaci falowania o dużych wahaniach, szczególnie na krzywiźnie dużej. Po tym okresie nadczynności ruchowej, który demonstruje walkę mięśniówki żołądka z przeszkodą, następuje okres wyczerpania: ściany żołądka wiotczeją i pozostają nieruchome. Cykl ten powtarza się dopóty, dopóki żołądek nie opróżni swej zawartości przez wymioty.

O ile cierpienie trwa dłużej i obserwujemy dziecko w okresie zalegania treści, możemy stwierdzić zaleganie łącznie z rozszerzeniem żołądka. Okresy bezskutecznej walki są krótsze i słabsze, okresy zwolnienia atonicznego długie. Czasami można uchwycić chwilę, gdy papka kontrastowa w postaci cienkiego pasemka przedostaje się przez zwężony kanał odźwiernika. Aczkolwień badanie radiograficzne jest bardzo pouczające, niektórzy jak *Fredet* sądzą, że badanie to nie jest niezbędne dla ustalenia rozpoznania, gdyż nie jest pozbawione trudności ze względu, że słabe i wyniszczone niemowlę źle znosi długotrwałe i powtórne badania. Z drugiej strony trud-

no jest uwolnić żołądek od masy kontrastowej, która po zabiegu operacyjnem może stanowić przeszkodę dla ustalenia się normalnej drożności żołądkowo-dwunastnicowej.

Najczęściej więc wykonuje się zwykłe badanie rentgenoskopowe bez papki kontrastowej. Badanie to, wystarczające dla rozpoznania wykazuje treść zalegającą w dużej ilości z wyraźną linją poziomu płynu oraz olbrzymią bańkę powietrzną (w 3 do 5 godzin po podaniu posiłku).

W rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić wszelkie sprawy przebiegające z wymiotami u niemowląt. Wyklucza się wymioty przypadkowe nie posiadające regularności wymiotów przy zwężeniach odźwiernika oraz wymioty wtórne przy chorobach z zakażenia, którym towarzyszy gorączka i biegunka. Zrzucanie wskutek skurczu wpustu żołądka łącznie z przeżuwaniem pokarmu (ruminatio) u dzieci neuropatów wyklucza się za pomocą sondowania i rentgenoskopji (brak zalegania). Wymioty wskutek nadwrażliwości anafilaktycznej w stosunku do mleka, nie występują przy spożyciu innych płynów.

Zwężenia wrodzone odźwiernika na innem tle (atresia) są niezmierną rzadkością. Objawiają się natychmiast po urodzeniu, nie mają okresu utajonego, który istnieje zawsze w przerostowem zwężeniu odźwiernika.

Istnieje wprawdzie postać wrodzonego zwężenia odźwiernika, przy której niema przerostu lecz istnieje zanik odźwiernika, a kanał przypomina cienką przetokę. Jest to postać wyjątkowo rzadka, której rozpoznanie klinicznie nie da się ustalić.

Pozostaje więc różniczkowanie pomiędzy przerostem odźwiernika, a t. zw. wymiotami nawykowemi Marfan'a. Zróżniczkowanie właśnie jest ważne w okresie początkowym choroby, a podobieństwo objawów początkowych jest znaczne. Nie należy wyłącznie opierać się na wynikach badania rentgenoskopowego, gdyż pomyłki były spostrzegane, lecz należy uwzględnić całokształt badania klinicznego i próbę leczenia konserwatywnego. Stałego i wybitnego zaparcia niema przy wymiotach nawykowych, albo jest ono naprzemienne ze stolcami normalnemi lub płynnemi. Oliguria jest mniej zaznaczoną. Umiejscowienie bębnicy w części brzucha ponad pępkiem oraz stwierdzenie wyraźnych ruchów falowania żołądka przemawia za zwężeniem organicznem. Najważniejszem jest stwierdzenie zalegania treści żołądkowej powyżej 5-ciu godzin od posiłku za pomocą sondowania i rentgenoskopji. Wyjątkowo tylko przy czynnościowym skurczu odźwiernika zaleganie takie może mieć miejsce. Dla pewności należy przeprowadzić dwa lub trzy badania.

Co się tyczy próby leczenia, należy przeprowadzić je jaknajwcześniej, gdyż pozwoli ona wyeliminować tylko przypadki wątpliwe dla poddania badaniom rentgenoskopowym. Próba składa się z odpowiedniej djetetyki i podawania środków przeciwwymiotowych i przeciwskurczowych: bromu, gardenalu oraz belladonny lub atropiny.

Obserwacje *Ribadeau - Dumas* i *Levar'a* dodają nowy szczegół rozpoznawczy, a mianowicie badanie rezerwy alkalicznej we krwi. Żadna inna choroba niemowlęca nie pozwala stwierdzić tak wysokiego miana rezerwy alkalicznej jak przy zwężeniu odźwiernika (wskutek utraty chlorków przy wymiotach). Objaw ten według autorów jest patognomoniczny.

Co należy robić po ustaleniu rozpoznania zwężenia odźwiernika? W postaci ostrej jedynem logicznem postępowaniem jest jaknajwcześniejszy zabieg operacyjny. Tylko w postaciach łagodniejszych i przewlekłych, w których skurcz czynnościowy może odgrywać dodatkową rolę może być mowa o leczeniu zachowawczem, którego trwanie nie powinno przekraczać granic umożliwiających zabieg operacyjny. Należy podkreślić, że szanse operacyjne będą wątpliwe, o ile waga niemowlęcia będzie o jedną czwartą niższa, od wagi, którą dziecko miało przy urodzeniu.

O ile możliwe należy odżywiać dziecko pokarmem naturalnym, zwiększając znacznie liczbę posiłków i zmniejszając ilość pokarmu w każdej dawce. Pozatym podaje się pokarmy możliwie skoncentrowane lub papkowate. Należy dbać o dostateczne nawodnienie przez podawanie rozczynów soli i cukru podskórnie lub w lawatywach. Niektórzy zalecają płukanie żołądka w wypadkach obfitego zalegania treści pokarmowej w żołądku. Pozatym stosuje się wymienione powyżej środki przeciwskurczowe.

O ile powyższe postępowanie nie daje wyniku, należy wykonać zabieg operacyjny podany przez *Fredet* w r. 1907 (pylorotomia). Zabieg ten daje natychmiastowy i trwały wynik pomyślny w 80%. Przepuszczalność odźwiernika powraca do normy, wszystkie zaburzenia cofają się; nie spostrzegano dotąd nawrotów cierpienia.

Dla osiągnięcia dobrego wyniku operacyjnego niezmiernie ważnem jest należyte wzmocnienie i przygotowanie dziecka przed zabiegiem, oraz odpowiednie postępowanie i leczenie po zabiegu. Już w parę godzin po zabiegu rozpoczyna się stopniowo odżywianie dziecka.

Zwężenie przerostowe odźwiernika u niemowląt nie jest cierpieniem rzadkiem; nie należy zapominać, że tylko wczesne rozpoznanie, i w odpowiednim czasie wykonany zabieg operacyjny może uratować życie dziecka.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie choroby Basedowa naświetlaniami rentgenowskiemi. (Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes Basedowiens?). Beloti Delherm.

La Presse Méd. N. 47, czerwiec 1933.

Mamy zasadniczo do dyspozycji trzy grupy środków leczniczych w chorobie Basedowa: 1) środki farmakologiczne (jod), 2) fizykoterapja (Roentgen, galwano-faradyzacja) i 3) operacja.

O ile stosowanie jodu lecznicze, przygotowawcze (przed operacją) i zapobiegawcze nie budzi, naogół, większych zastrzeżeń, o tyle dookoła dwu pozostałych metod leczniczych rozgorzała zacięta walka: jedni występują tu jako bezwzględni przeciwnicy naświetlań rentgenowskich, nie wykazujących się, jakoby, żadnem działaniem leczniczem, a utrudniających za to ogromnie wykonie następowe operacji, drudzy zaś — uważają rentgenoterapję w przypadkach choroby Basedo-

wa za metodę, w niczem nie ustępującą metodzie operacyjnej, a nawet przewyższającą ją.

Autorowie przychylają się do tego ostatniego stanowiska, opierając się na pomyślnych wynikach leczenia rentgenowskiego całego szeregu spostrzeganych przez siebie przypadków choroby Basedowa w ciągu ostatnich 30 lat.

Rentgenoterapja tego cierpienia polega na naświetlaniach samej tarczycy, przyczem teren naświetlań dzieli się na dwa względnie trzy pola (prawe, lewe i dolne — przy wolu pozamostkowem). Zasadniczo naświetla się wszystkie pola pokolei w tym samym dniu; u osobników specjalnie wrażliwych, a zwłaszcza w początku, między naświetlaniem I i II pola zachowuje się przerwę kilkudniową. Stosuje się przeważnie promienie średnio-przenikające (120 kw.) z filtrem glinowym 10 — 12 mm. Po 10 — 12 dawkach na każde pole, co trwa zwykle 2 — 3 miesięcy, następuje przerwa miesięczna, w czasie której sprawdza się wyniki leczenia (objawy kliniczne, nasilenie przemiany materji), poczem następuje druga serja, identyczna z poprzednią, tylko bardziej rozciągnięta w czasie — aż do chwili ustąpienia objawów zespołu Basedowa: tachykardji, wychudzenia i wzmożenia przemiany materji. Całość leczenia trwa 4 — 6 miesięcy (czasami — do roku). Jeśli jednakże po 8 — 10 posiedzeniach nie widzi się żadnej poprawy, dalsze leczenie należy przerwać jako bezcelowe.

Pierwszy stopień poprawy po naświetlaniach rentgenowskich polega na ustąpieniu objawów podmiotowych jak uderzenia krwi do głowy, zawroty głowy, drżenie kończyn, ogólna nerwowość, a następnie, na poprawie łaknienia, ustaniu biegunek, przyroście na wadze. Powrót nasilenia przemiany materji do normy, zmniejszanie się wola i wytrzeszczu — następują powoli; ten ostatni utrzymuje się stosunkowo najdłużej.

Wyniki, otrzymane przez autorów, można podzielić na 3 grupy: 1) wyleczenie zupełne, 2) znaczna poprawa (nieznaczne wzmożenie przemiany materji), umożliwiająca choremu powrót do życia normalnego i podjęcie swej pracy zawodowej, i 3) nieznaczna poprawa. Autorowie otrzymali na ogólną liczbę przypadków w 80% — wyleczenie względnie znaczną poprawę. Liczba nawrotów była niewielka, a po zastosowaniu u odnośnych chorych dodatkowych naświetlań objawy chorobowe ustąpiły powtórnie.

Mechanizm działania leczniczego naświetlań rentgenowskich na tarczycę nie jest znany, w każdym razie, wrażliwą na te naświetlania jest tylko tarczyca w stanie swej nadczynności, tarczyca prawidłowa jest na nie niewrażliwą. Zbliznowacenie tarczycy porentgenowskie i jej zrosty z otoczeniem, jakie się jakoby widuje po zastosowaniu naświetlań, mogą być wyłącznie następstwem niewłaściwej techniki rentgenowskiej (przekroczenia dawek), gdyż w przypadkach, leczonych prawidłowo, powikłań takich nie widuje się nigdy.

Od braków techniki zależy również brak poprawy w poszczególnych przypadkach. Wystąpienie objawów obrzęku śluzowatego (myxoedema) po rentgenoterapji tarczycy widuje się naogół rzadko, zresztą, objawy te ustępują szybko po podaniu preparatów tarczycowych. Powikłania tężyczką nie widywano nigdy.

Leczenie choroby Basedowa radem małe ma naogół zastosowanie. Co się zaś tyczy galwanizacji i faradyzacji tarczycy i zwojów współczulnych na szyi w przypadkach choroby Basedowa, to ma ono znaczenie wyłącznie objawowe i pomocnicze.

Reasumując wyżej powiedziane, należy stwierdzić, że rentgenoterapja przypadków choroby Basedowa w wynikach swych nie ustępuje w niczem leczeniu operacyjnemu, pomijając już przy tem to, że nie pozostawia blizny, pozwala na nieprzerywanie swych zajęć codziennych i daje 0% śmiertelności.

Przypadek do obrazu klinicznego i rozpoznawania wylewu pourazowego żółci do jamy otrzewnowej, bez uszkodzenia przewodów pozawątrobowych. (Cholépéritoine traumatique enkysté, sans lésions des voies biliaires extrahepatique). Oberthur.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. N. 20, czerwiec 1933.

Chłopiec 13-letni, jadąc rowerem, wpadł pod wóz, którego koło przejechało go wpoprzek w okolicy dolnej części klatki piersiowej. Poczuł gwałtowny ból w tem miejscu i zemdlał; w godzinę po tem wymiotował. Od tej pory wymiotów już nie było, stolce — prawidłowe, jedynie tylko ból w okolicy nadbrzusza i dolnej części klatki piersiowej utrzymywał się w dalszym ciągu, zaostrzając się przy ruchach tułowia i głębszych oddechach. Ze względu na stale nasilające się bóle i gorączkę został po 14 dniach przewieziony do szpitala.

Tutaj stwierdzono gorączkę 39° przy tętnie 120, napięcie powłok w nadbrzuszu, stłumienie opukowe i bolesność uciskową; oddech — typu piersiowego, powierzchowny. Rozpoznano krwiak względnie ropień podprzeponowy (z pęknięcia żołądka) i zastosowano lód na brzuch i szczepionkę podskórnie (propidon). Dolegliwości podmiotowe zmniejszyły się, ale zbiorowisko płynu w jamie otrzewnowej powiększało się stale, dochodząc wreszcie w przeddzień operacji ku dołowi — do pępka, ku górze zaś — przemieszczając lewą połowę przepony aż do poziomu brodawki sutkowej, na 4 palce poprzeczne powyżej prawej połowy przepony.

25 dnia po wypadku przystąpiono do operacji, która polegała na otwarciu jamy otrzewnowej w linji pośrodkowej nadbrzusza, wypuszczeniu 2½ litrów płynu żółtawo-zielonkawego, mającego wszelkie cechy żółci, rozcieńczonej wysiękiem otrzewnowym, wypełniającego część jamy otrzewnowej, ściśle ograniczoną, od góry przeponą, od dołu — wypukłą częścią wątroby i żołądkiem. Brak było jakichkolwiek śladów uszkodzenia dróg żółciowych pozawątrobowych, jedynie zostało stwierdzone oderwanie od powierzchni wątroby części więzadła podtrzymującego (lig. suspensorium hepatis). Brzuch zaszyto z pozostawieniem sączka gumowego. Przebieg pooperacyjny — bez powikłań; sączek usunięto 5 dnia. Po 20 dniach chory został wypisany ze szpitala jako wyleczony. Badanie bakterjologiczne płynu płynu wykazało obecność w nim gronkowców.

Przy badaniu chorego w 6 miesięcy po wypadku stwierdzono stan zupełnego zdrowia.

Na marginesie powyższego przypadku notuje

autor następujące uwagi. Wylew żółci może tu nastąpić bądź to do wolnej jamy otrzewnowej (objawy puchliny brzusznej), bądź też do jamy, ograniczonej zrostami; zrosty powstają wskutek drażnienia otrzewnej sączącą się powoli i zakażoną żółcią. Przy braku wyraźnych obrażeń dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych żółć wylana do otrzewnej może pochodzić z pęcherza żółciowego (przy tak zwanem jego przedziurawieniu mikroskopowem, w dnach kanałów Luschki) lub z uszkodzonych vasa choled. aberrantia intrahepatica, kończących się kolbowato w najbardziej powierzchownych warstwach wątroby (np. przy oderwaniu więzadła podtrzymującego).

Rozpoznanie przed operacją bywa naogół trudne; uwzględniać tu należy możliwość pęknięcia trzustki z krwiakiem torby sieciowej i pęknięcia żołądka z ropniem podprzeponowym. W czasie operacji trzeba zawsze pamiętać o ewentualności uszkodzenia przewodów żółciowych zewnątrzwątrobowych i w miarę możliwości technicznych starać się je wyłączyć.

Zespół bólowy w zakresie prawej połowy brzucha. (Le flanc droit douloureux). R a m o n d i D a n y.

La Presse Méd. N. 48, czerwiec 1933.

Powstanie pojęcia „zespołu bólowego" prawej połowy brzucha jest uzasadnione znacznem powikłaniem odnośnego obrazu klinicznego, na który mogą się składać schorzenia różnych narządów jamy brzusznej, i dużemi trudnościami rozpoznawczemi w tego rodzaju stanach. Z zespołem tym klinicysta spotyka się bardzo często, zwłaszcza u kobiet; objawy polegają tu na bólach względnie „obolałości" i innych przykrych sensacjach całej prawej połowy brzucha — od łuku żebrowego do talerza biodrowego.

Dwoma głównemi narządami, z których biorą początek swe objawy bólowe, są: pęcherz żółciowy i wyrostek robaczkowy.

Stan zapalny p ę c h e r z a ż ó ł c i o w e g o najczęściej bywa wywołany obecnością w nim kamieni (i wtórnem zakażeniem), ale nie zawsze. Bóle zaś może dawać nawet pęcherz, nie będący wcale w stanie zapalnym, np. przy zagięciu przewodu pęcherzowego i nadmiernem rozciągnięciu ścian pęcherza, przy jego niedowładzie, przy zrostach w otoczeniu pęcherza i, wreszcie, na drodze czysto odruchowej — procesy chorobowe, toczące się nawet zdala od pęcherza zresztą zdrowego, mogą odruchowo wywoływać bóle, umiejscawiane w jego okolicy. Do schorzeń odległych, które najczęściej wywołują na drodze odruchu zapomocą licznych miejscowych zespoleń nerwowych bóle w okolicy pęcherza żółciowego, należą: wrzód żołądka, dwunastnicy i zapalenie tkanki przydwunastniczej (periduodenitis congenita, acquisita).

Przy rozpoznawaniu z a p a l e n i a w y r o s t k a r o b a c z k o w e g o, które to rozpoznanie tak często, niestety, jest przyczyną wycinania zdrowych czy prawie zdrowych wyrostków, należy pamiętać o punkcie Morris'a, położonym nieco w górę i przyśrodkowo od punktu Mc. Burney'a (na granicy między środkową i przyśrodkową ⅓ częścią odległości między kolcem biodrowym przednim górnym a pępkiem). Otóż zapaleniu pęcherza żółciowego towarzyszy bardzo często bolesność uciskowa w p. Morris'a. Zważywszy bliskie sąsiedztwo obu tych punktów (Mc. Burneya i Morrisa), zrozumiałem się staje częstość pomyłek rozpoznawczych na tym terenie. Poza zapaleniem wyrostka bóle w tej okolicy mogą dawać: zaleganie kału w kątnicy, typhlocolitis, megacaecum, nadmiernie ruchoma i opuszczona kątnica, zagięcie światła wstępnicy, zagięcia końcowego odcinka krętnicy (choroba Lane'a), stany zapalne sieci (utrzymujące się nawet po wycięciu wyrostka) i, wreszcie, różne cierpienia nerki i moczowodu prawego i przydatków macicznych prawostronnych.

W zespole bólowym prawej połowy brzucha mogą brać udział zapalenia pęcherza żółciowego i wyrostka w różnym stopniu, ale bywa również i tak, że zmieniony zapalnie jest tylko jeden z tych narządów, powstały w jego okolicy ból szerzy się do drugiego z nich, zasadniczo zupełnie zdrowego, na drodze czysto nerwowej, odruchowej. Widać z powyższego, jak trudnem bywa w tych przypadkach przeprowadzenie dokładnego rozpoznania przed operacją, i dlatego chirurdzy, operując pęcherz żółciowy, z reguły sprawdzają w czasie operacji i stan wyrostka robaczkowego, i odwrotnie.

W pewnej, wreszcie, liczbie przypadków po otwarciu brzucha okazuje się brak jakichkolwiek zmian chorobowych ze strony pęcherza, wyrostka czy też narządów sąsiednich. Otóż bóle brzucha w tych przypadkach mogą się tłumaczyć drażnieniem śluzówki żołądka, dwunastnicy, kątnicy i wyrostka robaczkowego wydzielającemi się tu w dużych ilościach, nawet normalnie, ciałami chemicznemi, co ma szczególne znaczenie w stanach mocznicowych i w dnie (rzekome napady wyrostkowe i pęcherzowe w przebiegu dny i mocznicy).

Apicolysis — wskazania do tego zabiegu. (Sur l'apicolyse). M a u r e r.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. N. 21, czerwiec 1933.

W ostatnich latach cieszy się dużą wziętością i jest szeroko reklamowana metoda leczenia gruźlicy płuc, ograniczonej do szczytu płucnego, polegająca na uruchomieniu tego szczytu (apicolysis) i zdeponowaniu ponad nim ciała obcego (zwykle parafiny), któreby wywierało nań stały ucisk. Technicznie operacja ta ogranicza się do oddzielenia powięzi śródpiersiowej od opłucnej ściennej w okolicy szczytu płucnego i pozostawieniu tu pewnej ilości parafiny.

Autor wysuwa cały szereg zastrzeżeń przeciwko tak pojętej operacji. Przedewszystkiem uważa, że ten sam cel, to jest spadnięcie się szczytu płucnego osiągnąć można w sposób znacznie pewniejszy, technicznie prostszy, trwalszy i bezpieczniejszy dla chorego przez rozległe wycięcie pierwszych żeber; poza tem, pozostawianie ciała obcego w pobliżu ogniska zapalnego jest o tyle niewskazane, że może ono być źródłem poważnych powikłań, biorąc pod uwagę stałą tendencję ustroju do wydalenia tego ciała nazewnątrz (np. przerwanie się jego do jamy płucnej). Wreszcie, śmiertelność pooperacyjna jest tutaj większą od śmiertelności po częściowem wycięciu żeber.

Z powyższych względów autor jest za znacz-

nem ograniczeniem wskazań do tak zwanej apikolizy z pozostawianiem ciała obcego loco operationis — na korzyść wyrywania nerwu przeponowego i częściowej torakoplastyki.

W przypadkach gruźlicy szczytu płucnego należy zawsze próbować początkowo o d m y p i e r s i o w e j, uzupełnionej, ewentualnie, przecięciem zrostów wdg. Jacobeus'a. Jeśli już nastąpił silny i rozległy zrost szczytu z opłucną ścienną, a mieszcząca się w nim jama jest względnie świeża i otoczona tkanką płucną podatną, elastyczną, niezbliznowaciałą — wskazane będzie w y r w a n i e n e r w u p r z e p o n o w e g o (jeśli płuco strony przeciwnej jest zdrowe); zabieg ten działa dodatnio nie tylko przy gruźlicy dolnego płatu, ale również w postaciach z umiejscowieniem wierzchołkowem.

Jeśli jednak ognisko w szczycie jest względnie stare, otoczone tkanką płucną niepodatną, zbliznowaciałą, a do tego — położone powierzchownie i zrośnięte z opłucną ścienną, wskazanem będzie wykonanie c z ę ś c i o w e j t o r a k o p l a s t y k i (wycięcia częściowego odnośnych żeber), ale bez pozostawiania w ranie parafiny. Operację tę można wykonać, w razie potrzeby (zmiany gruźlicze w obu wierzchołkach), obustronnie.

Wreszcie w przypadkach, w których zły stan ogólny chorego nie pozwala na wykonanie torakoplastyki, a rozległość zmian miejscowych nie daje warunków i wskazań do wyrwania nerwu przeponowego, pozostaje — a p i k o l i z a ze wstrzyknięciem parafiny. Jeśli po tem stan ogólny chorego ulegnie dostatecznej poprawie, to po 6 — 12 miesiącach należy wtórnie wykonać torakoplastykę z usunięciem pozostawionej za pierwszym razem parafiny.

W każdym razie, apikoliza będzie bezwzględnie przeciwskazaną — ze względu na niebezpieczeństwo powikłań pooperacyjnych — w przypadkach d u ż e j jamy w wierzchołku płucnym.

Przewlekłe niegruźlicze zapalenie stawów: krzyżowo-biodrowych i krzyżowo-lędźwiowego. (Les arthrites chroniques non tuberculeuses des articulations du sacrum). M a s s a r t.

La Presse Méd. N. 49, czerwiec 1933.

Schorzenie to może dotyczyć jednego stawu, dwu, lub wszystkich trzech, będąc niejednokrotnie maskowanem przez rzekome bóle nerkowe, rzekomą rwę kulszową, gościec lędźwiowy i t. p. — co prowadzi do odnośnych pomyłek rozpoznawczych. Cierpienie powyższe dotyczy przedewszystkiem kobiet, u których cały ten kostnowięzadłowy pas miedniczny w okresie ciąży i porodu ulega rozciągnięciu, wykręceniu (distorsio), po którem pozostają trwałe ślady w postaci zwiotczenia więzadeł, torebek stawowych i częściowych nadwichnięć. Później, pod wpływem całego szeregu drobnych i powtarzających się urazów, uwarunkowanych odnośnemi zaburzeniami statycznemi, a zwłaszcza z chwilą nadejścia przekwitania z jego zaburzeniami (fizjologicznemi) w dziedzinie przemiany wapniowej w ustroju, — rozwija się kliniczny i anatomo-patologiczny obraz zapalenia przewlekłego, nieswoistego, stawów krzyżowobiodrowych i krzyżowolędźwiowego.

Objawy kliniczne polegają tu i w przypadkach l ż e j s z y c h — na bólach w okolicy chorych stawów, szerzących się ku górze, do przodu, wzdłuż kończyn dolnych (pseudoischias), w przypadkach zaś c i ę ż s z y c h — na mniej lub więcej poważnych zaburzeniach w statyce kręgosłupa i miednicy, powodujących utrudnienie w chodzeniu, staniu, siadaniu i t. p. Przy oglądaniu odnośnych chorych od tyłu zwraca uwagę wzmożone napięcie mięśni lędźwiowo-grzbietowych (po jednej lub po obu stronach), jakby ich przykurcz, mający chronić chore stawy przed wykonywaniem zbyt rozległych ruchów. Chód tych chorych ma charakter kaczkowaty i przypomina chód przy wrodzonem zwichnięciu biodra. Jeśli teraz obserwować chorych odnośnych przy siadaniu i nachylaniu się do przodu (wzgl. prostowaniu się) w pozycji stojącej, to w przypadkach zapalenia stawu krzyżowolędźwiowego miednica jest nieruchoma względem części lędźwiowej kręgosłupa i przy ruchach zginania i prostowania tułowia podąża sztywno za nią; w przypadkach zaś zapalenia stawów krzyżowobiodrowych miednica nie bierze udziału w ruchu zginania i prostowania tułowia, ale ruch ten staje się w pewnej swej fazie bolesny.

Jeśli ułożyć chorego na brzegu stołu w ten sposób, żeby jedna z kończyn dolnych wraz z częścią pośladka zwisała swobodnie, i następnie, jedną kończynę maksymalnie zgiąć w stawie biodrowym, drugą zaś maksymalnie prostować w tym stawie, to chory w pewnej chwili odczuje ostry ból w chorym stawie krzyżowobiodrowym (w chwili, odpowiadającej maksymalnemu skręceniu w odnośnym stawie krzyżowobiodrowym).

Opisane wyżej objawy i wyniki badania czynnościowego mają dla rozpoznania choroby bez porównania większe znaczenie, niż wyniki obmacywania i stwierdzanie bolesności uciskowej w różnych punktach, jak również wyniki badania rentgenowskiego, które — ze względu na budowę anatomiczną stawu krzyżowobiodrowego, którego linja na ekranie przebiega w sposób tak nieprawidłowy i kręty — są naogół trudne do odczytania.

Przebieg zapalenia stawów krzyżowobiodrowych i krzyżowolędźwiowego może być powikłany typową rwą kulszową, której mechanizm chorobotwórczy będzie polegał bądź to na ucisku na odnośne korzonki rdzeniowe, bądź też na ich nieprawidłowem pociąganiu i szarpaniu przy nadmiernem zwiotczeniu więzadeł i rozluźnieniu łączności powierzchni stawowych odnośnych stawów.

Obrazy kliniczne ostrych zapaleń śluzówki jamy ustnej. (Seméiologie des affections de la muqueuse buccale). R u p p e.

La Presse Méd. N. 49, czerwiec 1933.

Autor zwraca na wstępie uwagę na duże znaczenie dla dokładnego rozpoznawania schorzeń zapalnych jamy ustnej — szczegółowego jej obejrzenia (wargi, dziąsła, wszystkie uchyłki śluzówki, podniebienie, język, dno jamy ustnej). Schorzenia te dzielimy na: 1) o s t r e z a p a l e n i e n i e ż y t o w e, n i e ż y t o w o-w ł ó k n i k o w e i w r z o d z i e j ą c e, 2) z a p a l e n i e z g o r z e l i n o w e, 3) z a p a l e n i e t y p u g n i l c o w e g o, 4) z a p a l e n i e p ę c h e r z y k o w e i 5) z a-

palenie w przebiegu ostrych chorób zakaźnych wysypkowych.

I. Przypadki pierwszej grupy należą do najczęstszych. Klinicznie cechują się one przedewszystkiem bólami, zwłaszcza przy żuciu i spożywaniu ostrych i drażniących pokarmów (przy zajęciu podstawy języka bóle te szerzą się do ucha i towarzyszą aktowi połykania), poza tem — wzmożonem ślinieniem i cuchnieniem z ust. Należy tu zwrócić uwagę na to, czy proces zapalny nie przeszedł głębiej — na tkankę podśluzówkową, kość, migdałki, ślinianki, naczynia i gruczoły chłonne okoliczne. Następnie, należy zorjentować się, czy przyczyna zapalenia śluzówki jamy ustnej jest miejscowa czy też ogólna (choroby zakaźne, charłactwo, zaburzenia w odżywianiu u dzieci i t. p.), względnie, jakie jest tło bakterjologiczne zapalenia (wrzecionowce, krętki, łańcuszkowce).

W przypadkach zapalenia nieżytowego stwierdza się rozległe przekrwienie śluzówki i nadmierne złuszczanie nabłonków. W przypadkach rzekomo błoniastego zapalenia (stomatitis pseudomembranacea) miejsca, które utraciły całkowicie swe pokrycie nabłonkowe, pokrywają się nalotami włóknikoworopnemi, tworzącemi ściśle zespolone z podłożem błony rzekome. To ostatnie różni się od zapalenia błoniczego (stom. diphteritica) brakiem współistnienia anginy błoniczej, rozległego zajęcia gruczołów chłonnych i brakiem objawów ogólnych, właściwych błonicy. Stosunkowo często widuje się przypadki zapalenia wrzodziejącego (stomat. ulcerosa), dotyczącego przeważnie dziąseł; owrzodzenia mają tutaj kształt nieprawidłowy, brzegi obrzękłe i zaczerwienione, dno zaś — pokryte tkankami obumarłemi i łatwo krwawiące.

Wśród przyczyn ogólnych wyżej opisanych postaci zapalenia śluzówki jamy ustnej należy wymienić: zatrucie bizmutowe (czarne plamy i owrzodzenia powierzchowne, bez upośledzenia stanu ogólnego), rtęciowe (głębokie owrzodzenia, przechodzące czasami na kość, znaczne zaburzenia stanu ogólnego, nerek), fosforowe i inne, następnie, zaburzenia rozwojowe ze strony zębów a zwłaszcza zęba mądrości dolnej szczęki, mocznica, choroby krwi (ostra białaczka).

II. Zapalenie zgorzelinowe wymaga do swego powstania bądźto specjalnego usposobienia (podłoża) ze strony chorego, bądź też szczególnie złośliwego zakażenia. Cechuje się rozległym rozpadem gnilnym ściany jamy ustnej (noma).

III. Zapalenie typu gnilcowego (scorbut) dotyczy przeważnie dziąseł i polega na silnem ich obrzmieniu, rozpulchnieniu i wylewach krwawych podśluzówkowych; podobne wylewy krwawe mają miejsce i na kończynach. Zbliżone objawy ze strony jamy ustnej stwierdza się i w przebiegu białaczki ostrej.

IV. Do zapalenia typu pęcherzykowego (stomat. vesiculosa) należą: stomatitis aphtosa (plamki względnie owrzodzenia o dnie żółtawem, otoczone rąbkiem czerwonym, bardzo bolesne) i stomatitis herpetica (jest zwykle powikłaniem anginae herpeticae — układ i wygląd wykwitów jak przy opryszczce skórnej).

V. Zapalenie w przebiegu chorób zakaźnych wysypkowych wikła: odrę, płonicę, ospę, ospę wietrzną — przyczem charakter tego zapalenia odpowiada charakterowi odnośnych wykwitów skórnych.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Przyczynek do badań nad niewytłumaczalną niepłodnością: badanie nad wznoszeniem się plemników w dolnym odcinku narządów rodnych kobiety. (Contribution a l'étude des stérilités inexpliquées: étude de l'ascension des spérmatozoïdes dans les voies génitales basses de la femme). Segny J. i J. Vimeux.

Gynécol. Obstétr. T. 27, N. 4, 1933 r.

W badaniach swych autorzy ustalili nowe fakty lub potwierdzili już znane. Oto ich przegląd.

Wydzielina pochwy jest zwykle kwaśna, o kwasocie bliskiej do Ph—4,5.

Dodatek nasienia wprowadzonego do pochwy przez stosunek jeszcze nie doprowadza do zneutralizowania zawartości pochwy; utrzymuje się w niej nadal kwasota równa Ph—6,1 — 6,2.

Okazuje się dalej, że ten lekko kwaśny odczyn mieszaniny wydzieliny pochwy z nasieniem wpływa na plemniki wzmagając ich ruchliwość. Przekonać się o tem można łatwo obserwując pod mikroskopem zachowanie się plemników w kropli nasienia lekko zakwaszonej.

Widać wówczas, że plemniki stają się bardziej ruchliwe, ale też już po ½ godzinie giną. W takiej sytuacji jedynym miejscem ucieczki dla spermatozoidów jest kanał szyjki, w którym panuje odczyn obojętny, z kwasotą około 7,5.

Połączenie obok siebie dwu kropli, jednej zawierającej spermę z wydzieliną pochwową, drugiej płyn zasadowy — pozwala oglądać pod mikroskopem energiczne wdzieranie się plemników do płynu zasadowego.

Podobnie rzecz się ma w naturze: plemniki pobudzane przez kwaśną wydzielinę pochwy do żywych ruchów, i zagrożone przez nie rychłą śmiercią starają się jak najprędzej wedrzeć się do kanału szyji, gdzie czeka ich ocalenie.

W dalszym rozwoju swych badań wykazali autorowie, że najlepsze warunki do wędrówki plemników stwarza obecność przezroczystego śluzu dość obficie wypełniającego szyjkę macicy.

Wydzielina szyjki ropiasta, zapalna, mocno zasadowa stanowią przeszkodę nie do przebycia dla plemników; podobnie działa brak zupełny wydzieliny.

Badając pacjentki regularnie, co kilka dni, autorzy ustalili, że u zdrowej kobiety najwięcej śluzu wydziela się z szyjki macicy w okresie jajeczkowania, który to też okres jest jednocześnie najodpowiedniejszy do zapłodnienia.

Wobec powyższego przypuścić należy, że w życiu kobiety istnieją okresy chwilowej niepłodności czynnościowej spowodowanej przez brak odpowiednich warunków dla plemników do przechodzenia przez kanał szyji. Wyjaśnić to może niektóre niejasne przypadki niepłodności .

Nowa próba biochemiczna dla rozpoznania ciąży: hypercholesterynemja hormonalna. (Une nouvelle épreuve biochimique pour le diagnostic de la grossesse: L'hypercholestérohémie hormonale). Mosciottra R. L. i R. Martinez de Hoz.

Presse méd. 1933, I, 293.

Jeśli świńce morskiej wstrzyknąć 10 j. hormonu przedniego płata przysadki mózgowej to stwierdza się po 24 godz. powiększenie ilości cholesteryny w osoczu krwi o 30 — 50%.

Powyższe powiększenie ilości cholesteryny we krwi daje się wykazać tak u samców jak u samiczek.

Taki sam efekt uzyskuje się jeśli wstrzyknąć zwierzęciu doświadczalnemu 10 cm^3 moczu osoby ciężarnej; mocz osoby nieciężarnej nie wywołuje żadnej zmiany w zawartości cholesteryny we krwi świnki morskiej.

Autorzy przedstawiają wyniki badań 10 kobiet ciężarnych i 10 nieciężarnych; wypadły one według wyżej przedstawionych wywodów.

Ilość cholesteryny określano zapomocą kolorymetrycznej metody Grigaut.

Prosta metoda pozwalająca na oddzielenie jamy otrzewnej od pola operacyjnego w czasie cięcia cesarskiego w dolnym odcinku. (Procédé simple permettant de réaliser l'exclusion de la zone opératoire au cours de la césarienne basse). Wodon J. L.

Rev. Franç. Gynéc. T. 27, str. 158, r. 1933.

Cięcie podłużne w linji środkowej poniżej pępka. Rozsunięcie mięśni prostych na bok, tak szeroko, aby można było rozciąć otrzewną poprzecznie tuż nad górną granicą pęcherza (ten ostatni uwidocznia się po naciągnięciu fałdu otrzewnej tępą pincetą ku górze). Po otwarciu jamy otrzewnej odsuwa się pęcherz wziernikiem ku dołowi, poczem nacina się otrzewną trzewną macicy poprzecznie, aż do więzadeł obłych na bok, i po odwarstwieniu jej ku górze od mięśniówki zeszywa się z górnym brzegiem przeciętej otrzewnej brzusznej. W ten sposób jama otrzewna jest zupełnie zamknięta.

Następuje odsunięcie pęcherza ku dołowi i przecięcie poprzeczne dolnego odcinka. Wydobycie płodu i popłodu. Zeszycie mięśniówki szwami węzełkowemi i ciągłym, naciągnięcie pęcherza na ranę w dolnym odcinku i przyszycie brzegu dolnego otrzewnej trzewnej macicy do okolicy uprzednio naciętej otrzewnej. Zbliżenie mięśni prostych i zamknięcie jamy brzusznej.

Stosowanie 10 — 20% rozczynu chlorku sodu w przypadkach zatrzymania gazów i moczu po operacjach brzusznych. (Emploi d'une solution chlorurée à 10 — 20% en cas de rétention des gaz et de l'urine chez les opérés par laparotomie). Konkolew J. W.

Gynéc. et Obstétr. T. 26, str. 506, 1932 r.

Opierając się na doniesieniach innych autorów, polecających dożylne stosowanie 10 — 20% rozczynu soli kuchennej, autor zastosował to leczenie w 23 przypd. wlewając trzy razy dziennie po 10 cm^3, w ciągu drugiej doby po operacji.

W 20 przypadkach uzyskał pożądany wynik po ¼ — 9 godzin.

Oprócz pobudzenia kiszek i pęcherza do peristaltyki, występowała znaczna poprawa stanu ogólnego na 5 — 12 godzin.

Za maksymalną dawkę uważa autor 11 gr. na kilogram wagi pacjentki na dobę.

Szew silkwormowy w zeszyciu plastycznem pęknięcia krocza III stopnia. (Procédé de suture du rectum an crin de Florence dans les déchirures compliqués du périnée). Cathala V.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 21, str. 41, 1932 r.

Autor zaleca szycie pęknięcia krocza III stopnia nitkami silkwormowemi, gdyż katgut zbyt szybko się resorbuje, a jedwab wnosi zakażenie.

Na krocze idą szwy przechodzące przez skórę i całą grubość krocza, które zdejmuje się po 10 dniach, szwy zaś łączące śluzówkę kiszki stol-

cowej same wypadają zazwyczaj na 14-ty dzień. Poza wspomnianemi szwami autor żadnych innych nie używa. W 10 przyp. świeżego i 4 — zadawnionego pęknięcia autor miał dobre wyniki i zrost, nawet pomimo częściowej martwicy w 1 przypadku i zakażonego krwiaka rany — w drugim.

Ponadto autor nie obawia się przeczyszczać swoje chore na 4-ty i 9-ty dzień, podając w międzyczasie opium per os. Szwy przechodzące przez skórę dają znacznie rzadziej stwardnienia w zeszytem kroczu, niż się to widuje przy szwach pogrążonych.

Wyniki leczenia operacyjnego niektórych przetok moczo-płciowych. (Résultats opératoires de quelques fistules uro — génitales particulières). K e l l e r R.

Arch. franco-belges. Chir. T. 33, str. 568, 1932 r.

Na zasadzie 7 trudnych przypadków przetok pęcherzowo - pochwowych, leczonych ostatnio operacyjnie wysuwa autor następujące wnioski.

Termin operacji winien być nie bliższy, jak kilka miesięcy po wytworzeniu się przetoki. Należy przed każdą operacją dobrze zorjentować się co do położenia moczowodów. Zazwyczaj operować można od strony pochwy, jedynie bardzo wysoko i tuż za spojeniem umiejscowione przetoki wymagają laparatomji. Szerokie udostępnienie przetoki ewentualnie z dodatkiem kilku pomocniczych cięć łączyć się winno z dokładnym oddzieleniem na szerokiej przestrzeni śluzówki pochwy od ściany pęcherza, aby uniknąć naciągania tkanek.

Drugi szew pęcherza powinien pokrywać całkowicie szew pierwszy. Natomiast w szwie pochwy należy pozostawić w najniższym kącie przetoki niewielki otwór, przez który mogły by wydostawać się skrzepy krwinek. Można tędy założyć mały drenik z gazy z 2% maścią kollargolową.

Zapalenie naczyń chłonnych jamy otrzewnej. (La lymphangite péritonéale). P r i b r a m B. O.

Presse méd.. T. II, str. 1966, 1932 r.

Układ chłonny otrzewnej jest jednym z najobszerniejszych w organiźmie. Podsurowicze naczynia chłonne uchodzą do gruczołów chłonnych krezki, a następnie chłonka zlewa się do wielkich naczyń chłonnych i ich splotów, jak plexus coeliacus. Układ chłonny otrzewnej łączy się z układem chłonnych całego ustroju i między innemi z migdałkami, które są częstą przyczyną zapaleń tegoż układu.

Ogólne zapalenie naczyń chłonnych otrzewnej występuje pod kliniczną postacią septycznego zapalenia otrzewnej. Niekiedy nastąpić może pęknięcie zropiałego gruczoła chłonnego i w wyniku tegoż ropne rozlane zapalenie otrzewnej. Niekiedy sprawa zapalna w naczyniach chłonnych otrzewnej kończy się ograniczonym zrostowym zapaleniem tego organu, umiejscowionym w najrozmaitszych okolicach, i imitującym bądź zapalenie wyrostka robaczkowego, bądź woreczka żółciowego i t. d.

Hygjena ubrania kobiety ciężarnej. (Hygiène de l'habillement de la femme enceinte). C l e i s z L.

Bull. méd. R. 1933, str. 170.

Autor zaleca pas brzuszny ciążowy od 4-go miesiąca ciąży, pomimo niewygód występujących zazwyczaj w ciągu pierwszych dni noszenia. Pas musi utrzymywać kształt brzucha, ale nie powinien uciskać.

T. zw. biustonosze są również wskazane w ciąży, a w przypadkach kiedy piersi są specjalnie ciężkie i duże dodać można dodatkowe szelki uwiązywane na plecach.

Jeśli piersi wydzielają dużo treści należy pod nie podkładać czyste kawałki płótna, aby odgrodzić je od bezpośredniego kontaktu z biustonoszem.

Obuwie, co do wysokości obcasów nie powinno się różnić od tego, do jakiego przyzwyczajona jest ciężarna przed ciążą.

Ubranie naogół musi być ciepłe, ze względu na możliwości powikłań ze strony narządu moczowego; ciepło, jak wiadomo, ma wielkie znaczenie w chorobach tak nerek, jak pęcherza.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

W sprawie etjologji leukoplazji (Etiologie de la leucoplasie). G. M i l i a n.

Revue Franç. de Dermatol. et de Vener. 1933, Nr. 5.

Leukoplazje spotyka się najczęściej na śluzówce jamie ustniej. Zmiany te uważane początkowo za schorzenie samoistne nazwane były odosobnioną łuszczycą jamy ustnej. Z koleji palenie tytoniu obwiniane było o wywoływanie tych zmian. W końcu Fournier zwrócił uwagę na związek, jaki istnieje pomiędzy leukoplazją a kiłą. Dzisiaj wszyscy prawie uważają te zmiany za kiłowe. Białe te plamy utrzymujące się bardzo długo na śluzówce języka w jego części środkowej lub przedniej lub na wewnętrznej powierzchni policzków — są ograniczoną akantozą i keratozą nabłonka.

Następujące dane przemawiają za łącznością tego schorzenia z kiłą: 1) szczególne upodobanie tak jak i w kile do śluzówki języka i długotrwały przebieg i skłonność do nawrotów; 2) częste współistnienie innych objawów kiłowych i odnajdywanie przy bardzo szczegółowem badaniu leżących pod leukoplazją drobnych owrzodzeń jak również głębsze zmiany tkankowe; 3) ustępowanie wyżej wymienionych ubytków i zmian tkankowych pod wpływem leczenia rtęciowego, niekiedy także zniknęcie samej leukoplazji a zwykle jej poprawa po dłuższem leczeniu specyficznem; 4) wspólność pewnych elementów przy badaniu histopatologicznem.

Leukoplazja może bardzo rzadko wystąpić jako objaw pierwotnej kiły na języku, na żołędzi lub na śluzówce sromu, może także zjawić się w miejscu wykwitu drugorzędnego (grudki) po jego cofnięciu się, najczęściej jednak spotykamy ją jako objaw trzeciorzędny częściej u mężczyzn. Oprócz płci usposabia także wszelkiego rodzaju drażnienie jamy ustnej.

Co się tyczy drażniącego wpływu tytoniu nie należy przesadzać, gdyż spostrzeżenia Zambaco-Pacha, który spostrzegał znaczną ilość nałogowych palaczy i palaczek na Wschodzie wykazują nadzwyczajną rzadkość tego schorzenia. U tych nałogowych palaczy istnieje czasem zmleczenie śluzówki jamy ustnej ale tak rodzaj wykwitu jak i jego umiejscowienie są zupełnie różne. Plamy te u palaczy są płaskie powierzchowne i umiejscowione na wewnętrznej powierzchni policzka tuż poza kącikiem ust.

Oprócz wyżej wymienionych momentów usposabiających do leukoplazji istnieje jakaś szczególna przyczyna anatomiczna, która sprawia, że leukoplazja nigdy nie usadawia się na języku poza literą V a zawsze w części przedniej lub środkowej języka, ewentualnie na śluzówce policzków. Zmiany podobne do leukoplazji kiłowej lecz bardziej rozlane i znacznie mniej nasilone znajduje się także u wydmuchających szkło w hutach.

Arsenobenzol w zastosowaniu domięśniowem (L'arsebenzène intramusculaire). G. M i l i a n.

Revue Franç. de Dermatol. et de Vénér. 1933, Nr. 5.

Przegląd arsenobenzoli stosowanych kolejno w zastrzykach domięśniowych wykazuje ujemne skutki preparatów dotychczas stosowanych. Wszystkie były bardzo bolesne, powodowały występowanie nacieków, stwardnień i blizn. Zagadnienie arsenobenzolów, któreby mogły być stosowane domięśniowo rozwiązał Monneyrat, który wprowadził do lecznictwa kiły t. zw. „arsenomyl" preparat 802. Jest to nowa pochodna arsenu trójwartościowego w roztworze glukozy, wygodna w zastosowaniu. Arsenomyl stosuje się domięśniowo w dawkach wzrastających, może być stosowany także u dzieci. Działanie tego leku równa się innym arsenobenzolom.

Pseundo - bromoderma (Brocq, Pautrier, Fernet). Blastomycosis. (Le pseudo - bromuride de Broq, Pautrier et Fernet, une blastomycose). K.. B e i n t e m a.

Annales de Dermatol. et de Syphiligr. Nr. 5, 1933.

Autorom francuskim zawdzięczamy pierwsze pokazy schorzenia, które sprawiało na nich wrażenie odrębnej choroby zakaźnej o nieznanym czynniku patogenetycznym. Wykwitem pierwotnym jest grudka, na jej szczycie krosta. Wykwit ten szybko powiększa się i w kilka dni wykazuje już trzy strefy: zewnętrzną — rumieniową, środkową — wyniosłą nacieczoną a wewnętrzna — stanowi owrzodzenie. Całość wykwitu przypomina wykwity na skórze po zatruciu bromem. Wykwitów przybywa szybko co do wielkości i ilości, mogą się one zlewać, tworzyć duże powierzchnie owrzodziałe. Schorzenie ciągnie się miesiące, czasem lata, wykazuje okresy większych nasileń, stopniowo ustępuje lecz częściej, bo na 4 przypadki dotychczas opisane 3 razy doprowadziło do zejścia śmiertelnego wśród objawów ogólnego wyniszczenia, tak jak w ciężkich schorzeniach zakaźnych.

Autor podaje prawie identyczne opisy 2-ch przypadków tego schorzenia, jeden swój i jeden spostrzegany przez doktora Goedhart'a u kobiet 63 i 68-letnich, u których wykwity umiejscowiły się głównie na kończynach i na twarzy i doprowadziły do zamiany dużych części skóry w po wierzchnie owrzodziałe.

U chorych tych wykluczono kiłę, gruźlicę i bromoderma. Wszystkie badania wydzieliny z owrzodzeń i skrawków były ujemne, natomiast z krwi wyhodowano na żelatynie z glukozą grzyb, który rósł tylko w ciepłocie 37°. Z grzybni tej odpowiednie przeciwciała zaszczepione doskórnie dawały dodatnie odczyny. Wychodząc z założenia, że schorzenie jest grzybicą zastosowano leczenie dużemi dawkami jodu. Obydwa przypadki zostały wyleczone.

Grzybnia należała do rodzaju parendomyces i autor proponuje nazwać wyhodowaną przez siebie grzybnię *Parendomyces brocquii*, na cześć dermatologa, który pierwszy zwrócił uwagę na to schorzenie.

Chlorek amonu w lecznictwie twardziny skóry. (Le chlorure d'ammonium dans la thérapeutique de la sclérodermie). R e n é L e r i c h e, A d o l p h e J u n g.

La Presse Médicale, N. 52, 1933.

Twardzina skóry z dnia na dzień wkracza coraz dalej w zakres chirurgji. Wycięcie gruczołów przytarczycznych, zabiegi wykonywane na systemie sympatycznym prawie zawsze powstrzymują rozwój schorzenia i uwalniają chorego od bólów. Możliwe, że zabiegi te, o ile byłyby wykonywane dość wcześnie — dałyby jeszcze lepsze wyniki. Pomimo tego często zdarza się, że trafiają do nas przypadki twardziny skóry nie nadające się do zabiegu chirurgicznego — i ci chorzy z konieczności skazani są na to, że przez długie lata przechodzą szereg różnych kuracji czy to hormonalnych, czy to polegających na leczeniu miejscowem.

Od blisko 2 lat stosują autorzy chlorek amonu, który, jak stwierdzono doświadczalnie, zwiększa wydzielanie wapnia w moczu.

Dokładny opis kliniczny przypadku twardziny skóry u 32-letniej kobiety jest przykładem dobrego działania tego środka, który stosują autorzy z powodzeniem w dość licznych przypadkach.

Chora lat 32 cierpi od kilku miesięcy na ograniczone ogniska twardziny skóry na twarzy w okolicy brody i wargi dolnej. Ogniska powoli lecz stale powiększają się i tworzą się nowe. Chora jest zamężną, ma 2 zdrowych dzieci, sama często choruje na zaburzenia kiszkowe, na niedomogę wątroby, skarży się na stałe uczucie zmęczenia, senność i osłabienie a także siwienie od 18-go roku życia. Od początku schorzenia leczyła się różnymi bardzo licznymi środkami, z których wyciągi tarczycowe wyraźnie obwinia o pogorszenie stanu skóry. Zawartość wapnia w krwi — 0,103.

Chcąc zwiększyć wydzielanie wapnia u chorej — poddano ją: 1) djecie zakwaszającej: chleb, pieczywo, ryż, słodycze, mięso, tłuszcz z wykluczeniem mleka, jarzyn i owoców; 2) działaniu chlorka amonu w dawkach 3 gr. dziennie per os.

Po dwudziestu dniach tego leczenia chora za-

uważyła, że wykwity stają się bardziej miękkie, kłucia w obrębie ognisk chorobowych jak również ogólne uczucie zmęczenia — ustąpiły. Zawartość wapnia w krwi wynosiła 0,089.

Zamiast prowadzić w dalszym ciągu to leczenie chora z porady innego lekarza rozpoczęła kurację wyciągami tarczycy i przytarczycy, w następstwie czego wykwity gwałtownie powiększyły się, zajęły wargę dolną i były nawet przeszkodą w mowie. Po powrocie do poprzedniej djety i leku wystąpiła znowu znaczna poprawa ognisk twardzinowych i ogólnego stanu chorej. Sposobu działania chlorku amonu na ogniska chorobowe autorzy nie są w stanie wytłumaczyć.

W sprawie pomyłek w rozpoznawaniu kiły na podstawie biopsji. (Syphilis méconnue par erreur de biopsie). M. Gougerot.

Presse Médicale, N. 52, 1933.

Z licznych przykładów wynika, że niema zmian histologicznych znamiennych dla kiły i że na podstawie badań histologicznych możemy tylko przypuszczać obecność kiły a potwierdzić ją mogą jedynie badania kliniczne, biologiczne i wyniki leczenia specyficznego.

Szereg cech przytaczanych, jako znamienne dla tkanki kiłowej, spotyka się — zdaniem autora — i w inych tkankach patologicznych, zwłaszcza w stanach zapalnych, przebiegających podostro (gruźlica, grzybica, sporotrichozy). Nie znamy również patologicznych zmian histologicznych, któreby mogły wykluczyć z całą pewnością obecność kiły.

Niezwykły zanik skóry w następstwie guzowatych sarkoidów Boecka. (Atrophies maculeuses „sui generis" consécutives a des sarcoides tubereuses de Boeck). G. Sannicandro.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1933, N. 6.

W przeciwieństwie do nieustalonej do dziś dnia etjologji „sarkoidu" Boeck'a (gruźlica rzeczywista, tuberkulidy, inne zakażenia przewlekłe) obraz kliniczny tego schorzenia jest dokładnie określony i nie podlega żadnym wątpliwościom. Boeck opisał 3 odmiany tego schorzenia: drobnoguzkową rozsianą, guzowatą i rozlaną naciekową.

Postać drobnoguzkowa rozsiana cechuje się powstaniem naraz licznych guzków czerwonobrunatnych, twardych, nieznacznie wyniosłych, okrągłych lub wielobocznych, wyraźnie odgraniczonych. Cofanie się guzków jest bardzo powolne. Guzki mogą się zlewać ze sobą i tworzyć wykwity podobne do wykwitów liszaja płaskiego.

Postać guzowatą tworzą ściśle odgraniczone duże guzy, bardzo twarde, o powierzchni gładkiej, pojedyńcze lub zgrupowane po kilka. W ich rozwoju rozróżnia się 3 okresy. Okres pierwszy, powstawania guza, trwający około 15 dni, cechuje się obecnością ostrych objawów zapalnych. Okres drugi znacznie dłuższy, w którym guz powiększa się już tylko nieznacznie, przybiera odcień sinawy i pozatem prawie niezmienia się. Guzy te wrzodzieją tylko wyjątkowo i to w pewnych okolicach skóry (kończyny dolne, palce). Okres trzeci jest okresem cofania się guza, przypłaszczania się w części środkowej. Skoro guz wchłonie się całkowicie, pozostaje w środku nagromadzenie barwika a naokoło sieć drobnych rozszerzonych naczyń. Niekiedy te zmiany naczyniowe ustępują miejsca nieznacznemu zanikowi skóry, nadmiernemu rogowaceniu lub brodawkowatym wybujałościom.

Trzecia postać, rozlane nacieki, zbliżona jest bardzo przebiegiem klinicznym do drugiej, a wyróżnia się zwykle umiejscowieniem na wystających częściach skóry twarzy i obecnością łuszczenia na powierzchni nacieków.

Jako niezwykłe zejście sarkoidu Boeck'a podaje autor opis przypadku tego schorzenia u 42-letniej kobiety, u której od 15-tu lat istniało na szyji poniżej brody ognisko naciekowe i nieco krócej dwa podobne: jedno w okolicy skroniowej lewej, jedno na skórze owłosionej głowy. Z czasem naciek, znajdujący się pod brodą cofnął się całkowicie, pozostawiając jako ślad ograniczony, biały zanik skóry, przypominający samoistny zanik skóry, od którego różnił się histologicznie obecnością ograniczonych nacieków, brakiem właściwego dla zaniku samoistnego zwyrodnienia tkanki łącznej i częściowym przerostem włókien elastycznych, przypominającym pseudo-xanthoma elasticum.

Chora była leczona podskórnymi wstrzykiwaniami pochodnych złota (phosphocrysol) z dobrym wynikiem w obrębie wykwitu na skroni. Wykwit na skórze owłosionej głowy pozostał bez zmiany.

Dr. Zofja Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

W. Pauchet, H. Gaehlinger. La constipation. G. Doin. 1933 214 str. Cena 38 fr. fr.

W tej pracy zaparcie zostaje wyczerpująco omówione ze szczegółowością monograficzną. Autorzy dzielą zaparcie na zaparcie zwykłe, i zaparcie z objawami zatrucia. Wszelkie możliwe postaci są szczegółowo rozważone, szczególnie cennem jest to, że autorzy nie poprzestają na omówieniu rozpoznania i leczenia lecz poświęcają dużo miejsca i zapobieganiu. Książka powyższa znajdzie niewątpliwie duże uznanie nietylko u internisty lecz i u chirurga tembardziej, że jeden z autorów jest chirurgiem a drugi wybitnym balneologiem i djetetykiem.

G. Faroy. Hygiene et diététique de l'enteritique. G. Doin. 1933. 114 str. Cena 12 fr. fr.

W pewnej mierze książeczka ta jest uzupełnieniem poprzedniej, omawia bowiem

jeszcze szczegółowiej djetetykę i hygjenę, osób dotkniętych — także częstym — zespołem nieżytu jelit. Zwłaszcza pożytecznem jest dokładne zestawienie i omówienie wpływu poszczególnych rodzai pokarmów.

H. Jausion, F. Pagès. Les maladies de lumière. Masson et Cie. 1933. 204 str. Cena 45 fr. fr.

W dzisiejszych czasach, gdy opalanie się stało się powszechną modą, książka powyższa może oddać duże usługi każdemu lekarzowi a zwłaszcza temu, który ma do czynienia często z osobami opalającemi się, np. w uzdrowiskach górskich, nad morzem i t. d. Wpływ światła na ustrój, odczyn ogólny i skórny, wpływ naświetlania — wreszcie leczenie przypadłości spowodowanych światłem stanowią treść tej książki.

L. et R. Imbert. Manuel de curietherapie. Masson et Cie 1932. 216 str. Cena 22 fr. fr.

Coraz więcej stosowanie radu staje się częstem u nas. Zwłaszcza uruchomienie Instytutu radowego imienia P. M. Skłodowskiej-Curie umożliwiło stosowanie tego środka na większą skalę. Wobec tego byłoby wysoce pożądanem zaznajomienie się szerszych kół lekarskich z tym sposobem leczenia, z jego techniką, widokami i możliwościami leczniczymi. Do takiej orjentacji książka powyższa jest szczególnie odpowiednia.

N. E. Ischlondsky. Sécrétion interne et régénérescence. G. Doin. 1933. 350 str. Cena 90 fr. fr.

Tak obecnie popularny temat odmładzania znajduje w pracy autora zgoła odmienne oświetlenie. Na podstawie wieloletnich badań nad otrzymywaniem i działaniem wyciągów z narządów i tkanek zarodkowych autor przychodzi do przekonania, że wyciągi powyższe zawierają czynniki pobudzające żywotność ustroju a zwłaszcza jego gruczołów dokrewnych. Spora część książki jest poświęcona możliwości walki ze starzeniem się. Poglądy autora odznaczają się oryginalnością a bardzo dodatnio wyróżnia zapatrywania autora duża dawka samokrytycyzmu i dążności do ścisłej interpretacji wyników badań.

I. D'Ornano. Diagnostic clinique de l'arythmie complète. G. Doin 1933. 122 str. Cena 25 fr. fr.

Autorka zgodnie z tytułem usiłuje wykazać zupełną możliwość dokładnego rozpoznania niemiarowości zupełnej, oceny jej znaczenia, wykrycia przyczyny — wszystko drogą badania klinicznego. Wobec tego mało poświęcono miejsca elektrokardjografji i t. p. a bardzo dużo objawom i badaniom prostym, wykonalnym wszędzie. Z tego też względu książeczka ta — może mieć znaczenie dla lekarza praktyka.

Emil Sergent. Apologie de la clinique. G. Doin. 1933. 74 str. Cena 12 fr. fr.

Działalność kliniczna jest nauką i sztuką jednocześnie oto główny motyw tej nadzwyczaj ciekawo i zajmująco przez może najwybitniejszego klinicystę francuskiego napisanej rozprawki.

M. Lévy. L'acidose et l'insuffisance rénal aigue. Masson et Cie. 1932 104 str. Cena 15 fr. fr.

Groźne stany wywoływane kwasicą i niedomogą nerkową u niemowlęcia, a łatwo usuwalne odpowiedniem leczeniem stanowią wyraźny i nierzadki zespół, który znajduje w książeczce powyższej krótkie, ale wystarczające omówienie.

G. Roussy, R. Leroux, Ch. Oberling. Precis d'anatomie pathologique. Masson et Cie. 1933 2 tomy. Razem 1344 str. 582 rys. i 4 tablice. Cena 160 fr. fr.

Przedstawiciele anatomji patologicznej uniwersytetu Paryskiego zjednoczyli swe wysiłki aby dać słuchaczom podręcznik odpowiednio do ujęcia na uniwersytecie paryskim tego przedmiotu skonstruowany. Stąd pewne różnice w podziale treści np. niema podziału tradycyjnego na anatomję pat. ogólną i szczegółową. Ponadto usiłowali autorzy nawiązać jaknajściślejszy kontakt z kliniki, aby w ten sposób wykład stał się możliwie „życiowy". Jako wynik tych usiłowań stanowią wyżej wspomniane dwa tomy, które śmiało polecić możemy każdemu lekarzowi interesującemu się za-

gadnieniami anatomji patologicznej. Mniej może polecenia godny jest ten podręcznik dla studentów, a to wskutek ściśle francuskich cech swej nomenklatury (np. wszystkie nowotwory złośliwe zjednoczono w dziale „Cancers" i t. p.). Szata wydawnicza, a zwłaszcza rysunkowa bardzo ładna. Cena przystępna.

A. Durupt. L'interferométrie en clinique. G. Doin 1932. 204 str. Cena 28 fr. fr.

Klinika zyskała w ostatnich czasach nowy i być może w przyszłości bardzo ważny sposób badania, mianowicie interferometrję. Metoda ta jeszcze niezbyt powszechnie stosowana szczególnie wydaje się wartościową w określaniu czynności gruczołów dokrewnych, aczkolwiek i w innych stanach, jak np. nowotwory, może oddawać usługi. Autor na stu kilkudziesięciu stroniczkach zaznajamia nas z podstawami teoretycznemi interferometrji, z jej techniką i wreszcie z możliwościami klinicznemi jej stosowania.

E. Benhamou. L'exploration fonctionnelle de la rate. Masson et Cie. 1932. 252 str. Cena 50 fr. fr.

Pięknie napisana i nie mniej pięknie wydana monografja dotycząca bardzo mało opracowanego tematu mianowicie badaniu czynnościowemu śledziony. Książka pierwszorzędnego znaczenia dla klinicysty i chirurga, lekarzowi z praktyką ogólną również polecenia godna. Jak na luksusowe wprost wydanie cena jest bardzo niska.

J. Montpellier, A. Manceaux. Pratique hématologique. G. Doin 1933. 328 str. Cena 60 fr. fr.

Można byłoby również dobrze dać tytuł hematologja praktyczna, albowiem z tego właśnie praktycznego stanowiska autorzy omawiają najsamprzód krew prawidłową następnie zmiany chorobowe, wreszcie technikę badania krwi. Należy podkreślić, że nietylko została uwzględniona morfologja, lecz również i badania bakterjologiczne, chemiczne etc. surowicy. Wydanie rysunkowo poprawne, cena niska.

E. Douay. Consultations journalières. Gynécologie. G. Doin. 1933. 296 str. Cena 25 fr. fr.

Drugie wydanie tego dziełka jest, jak i pierwsze, nadzwyczaj udatnym zarysem chorób kobiecych ze stanowiska mniej może ginekologa ile lekarza praktyka. Zwartość, treściwość i przejrzystość oto główne zalety. Niewątpliwie każdy z lekarzy mający do czynienia choć zrzadka z chorobami kobiecemi uczyni dobrze nabywając to tanie i króciótkie, a jednak bardzo pouczające dziełko.

L. Cleisz. La pyélonephrite gravidique. G. Doin. 1933. 130 str. Cena 15 fr. fr.

Maleńka monografja bardzo pożyteczna dla położnika, bo oświetlająca dość wyczerpująco etjologję (autor jest zwolennikiem wstępującego sposobu zakażania) a przedewszystkiem leczenie, zasady higjeniczne podczas ciąży i t. d.

G. Laroche. Examens de laboratoire du medecin praticien. Masson et Cie. 1933. 492 str. Cena 50 fr. fr.

Bardzo pożyteczna książka dla każdego życzącego zaznajomić się bliżej z badaniami pracownianemi, zwłaszcza ponieważ podaje ona wszelkie nowe sposoby i nowe odczyny.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.